

**DIE ROL VAN MAATSKAPLIKE WERKERS IN
REHABILITASIESENTRUMS VIR ALKOHOL-AFHANKLIKHEID: 'N
EKOLOGIESE PERSPEKTIEF**

deur

LEANDRI VROLIJK

**Tesis ingelewer ter voldoening aan die vereistes vir die graad van Magister in
Maatskaplike Werk in die Fakulteit Lettere en Sosiale Wetenskappe aan die
Universiteit van Stellenbosch.**



STUDIELEIER: DR M STRYDOM

MAART 2015

VERKLARING

Deur hierdie tesis elektronies in te lewer, verklaar ek dat die geheel van die werk hierin vervat, my eie, oorspronklike werk is, dat ek die alleenouteur daarvan is (behalwe in die mate uitdruklik anders aangedui), dat reproduksie en publikasie daarvan deur die Universiteit van Stellenbosch nie derdepartyregte sal skend nie en dat ek dit nie vantevore, in die geheel of gedeeltelik, ter verkryging van enige kwalifikasie aangebied het nie.

Datum: Maart 2015

OPSOMMING

Wêreldwyd is alkohol die middel wat deur die meeste misbruik word en Suid-Afrika het een van die hoogste alkohol inname syfers, met meer as 30% van die bevolking wat sukkel met alkohol-verwante probleme (Telesure, 2010; Nevid *et al.*, 2008: 297; Pisa *et al.*, 2010:4). Statistiek dui daarop dat sowat 17,5 miljoen Suid-Afrikaners deur die inname van alkohol geaffekteer word, maar baie meer Suid-Afrikaners se lewens word egter totaal ontwig weens konstante, direkte daaglikse kontak met die individu wat alkohol misbruik soos byvoorbeeld 'n ouer of lewensmaat (Telesure, 2010). Weens hierdie spesifieke rede word alkohol-afhanklikheid in mediese kringe en in die samelewing as 'n gesinsiekte geklassifiseer.

Alkohol-afhanklikheid kan gesinne uitmekaar skeur en veroorsaak dat die gesinsdinamika en –prosesse, soos byvoorbeeld die reëls, rituele, roetines, kommunikasie, sosiale lewe, finansies, homeostase en gesinsrolle, totaal ontwig word (Stepping Stones, 2013). Alkohol-afhanklikheid het sodoende 'n geweldige impak op die funksionering en voortbestaan van 'n gesin, en om die skade wat alkohol-afhanklikheid in 'n gesin veroorsaak te herstel, behoort die gesin 'n belangrike rol te speel in die rehabilitasieproses van die alkohol-afhanklike.

Hierdie studie het daarom ten doel gehad om die rol van 'n maatskaplike werker in 'n rehabilitasiesentrum vir alkohol-afhanklikes vanuit 'n ekologiese perspektief te bepaal.

'n Kombinasie van kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsingsbenaderings is in hierdie studie benut. Verder is daar tydens hierdie ondersoek 'n verkennende en beskrywende navorsingsonderwerp gebruik, aangesien die beskikbare literatuur 'n gebrek aan inligting rakende die rol van 'n maatskaplike werker in 'n rehabilitasiesentrum vir alkohol-afhanklikes toon. Daar is gebruik gemaak van 'n doelbewuste steekproefmetode, naamlik die nie-waarskynlikheidsteekproef, om deelnemers te identifiseer. Die navorser kon dus die deelnemers kies wat aan die kriteria vir insluiting voldoen.

Die data is ingevorder deur die gebruik van 'n semi-gestruktureerde vraelys, tydens 23 individuele onderhoude. 'n Geheelbeeld van die deelnemers se oortuigings en menings aangaande die onderwerp van die studie is verkry. Die samestelling van die vraelys bestaan uit oop- en geslote vrae en berus op inligting wat uit die literatuurstudie verkry is. Data van die semi-gestruktureerde vraelyste is verwerk en geanaliseer en die resultate van die empiriese ondersoek is as basis gebruik vir die gevolgtrekkings en aanbevelings wat in hierdie studie gemaak is.

Die hoofbevindinge dui op 'n behoefte aan gesinsberading tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes aangesien daar 'n definitiewe gebrek aan die betrokkenheid van die gesin tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes is. Verdere bevindinge dui daarop dat rehabilitasieprogramme grootliks op individuele berading aan die alkohol-afhanklike fokus en minimale aandag word aan die gesin en nasorgdienste gegee.

Die belangrikste aanbeveling van hierdie studie is dat maatskaplike werkers die ekologiese perspektief moet gebruik tydens dienste wat aan alkohol-afhanklikes gelewer word. Hierdie perspektief kan verseker dat die nodige dienste gelewer word om alkohol-afhanklikheid tydens 'n rehabilitasieprogram effektief aan te spreek.

Aanbevelings dui ook daarop dat maatskaplike werkers die gesin tydens 'n rehabilitasieprogram meer moet betrek aangesien die ondersteuning van die gesin 'n belangrike rol speel tydens die rehabilitasieproses.

ABSTRACT

Alcohol is the substance that people throughout the world abuse most often. South Africa has one of the highest alcohol use level with more than 30% of the population struggling with alcohol-related problems (Telesure, 2010; Nevid *et al.*, 2008: 297; Pisa *et al.*, 2010:4). Statistics showed that approximately 17,5 million South Africans are affected by alcohol, but many more South Africans' lives are completely disrupted through constant, direct daily contact with the individual abusing alcohol like a parent or life partner (Telesure, 2010). Due to this, alcohol dependency is classified as a family illness in the medical circles and by society.

Alcohol dependency can tear families apart and disrupt family dynamics and –processes including rules, rituals, routines, communication, social life, finances, homeostasis and family roles (Stepping Stones, 2013). Alcohol dependency has a great impact on the functioning and existence of a family and to restore the damage alcohol dependency creates in a family, the family should play an important role in the rehabilitation process of the alcohol dependent.

This study, therefore, had the goal to determine the role of a social worker in a rehabilitation centre for alcohol dependents from an ecological perspective.

A combination of quantitative and qualitative research was used in this study. Furthermore, an exploratory and descriptive research design was used during the research because the available literature showed a lack of information concerning the role of the social worker in a rehabilitation centre for alcohol dependents. A purposeful sample, namely probability sampling, was used to identify participants. The researcher could, therefore, choose participants who qualified for inclusion.

The data was collected using a semi-structured questionnaire during 23 individual interviews. An overview of the participants' beliefs and opinions concerning the subject of the study was gained. The questionnaire consisted of open- and closed questions and was based on information obtained from the literature study. Data from the semi-structured questionnaire was processed and analysed and the results of this empirical study were used as basis for the conclusion and recommendations made in this study.

The main findings showed that there is a need for family counselling during a rehabilitation programme for alcohol dependents since there is a definite lack of involvement of the family during the rehabilitation process for alcohol dependents. Further findings showed that

rehabilitation programmes mainly provide individual counselling to alcohol dependents and minimal focus and attention is given to the family and after care services.

The most important recommendation of this study is that social workers should use the ecological perspective when providing services to alcohol dependents. This perspective can ensure that the necessary services are delivered to effectively address alcohol dependents during a rehabilitation process.

Recommendations also showed that social workers should involve the family more during a rehabilitation programme since the support of a family plays an important role during the rehabilitation process.

ERKENNING

Hiermee wens ek om my opregte waardering en dank uit te spreek aan die volgende persone vir hul bydrae tot die afhandeling van die studie:

- My **hemelse pappa** vir bonatuurlike krag, inspirasie en insig. Aan U kom al die eer en dank toe, want ek is tot niks instaat sonder U nie.
- My ouers, **Jan** en **Ina Vrolijk**, vir elke lewensgeleentheid wat julle vir my moontlik maak. Dankie vir al julle geloofwaardighede in my en vir die wonderlike voorbeeld wat julle as ouers, vir my is.
- My boetie en skoonsussie, **Johan** en **Aneke Vrolijk**, vir al julle ondersteuning en aanmoediging.
- My liewe kêrel, **Jurg Streicher**, en sy gesin vir al julle liefde en ondersteuning. Dankie vir die geduld met my studies en gemoedstoestande!
- My **vriendinne**, naby en ver, vir al die ondersteuning en aanmoediging deur daaglikse koffies, boodskappe, smsse en gebede.
- **Doktor Strydom** vir haar kundige leiding, deurlopende aanmoediging en professionele ondersteuning gedurende hierdie studie.
- **Mejuffrou Vorster** vir die bekwame taalkundige versorging van die tesis.
- **Mevrou Hofmeyer** wat soveel tyd afgestaan het aan die transkripsie van my onderhoude.
- Al die **personeel** van die rehabilitasie sentrums wat tyd afgestaan het om deel te neemaan my studie.

INHOUDSOPGAWE

Verklaring.....	ii
Opsomming	iii
Abstract	v
Erkenning.....	vii
Lys van Tabelle.....	xiii
Lys van Figure	xiv
Lys van Bylae	xv
HOOFSTUK 1: INLEIDING.....	1
1.1 MOTIVERING VIR STUDIE	1
1.2 PROBLEEMSTELLINGS	3
1.3 DOEL VAN DIE NAVORSING	4
1.3.1 Doel.....	4
1.3.2 Doelwitte.....	4
1.4 NAVORSINGSMETODOLOGIE	4
1.4.1 Literatuurstudie	4
1.4.2 Navorsingsbenadering.....	5
1.4.3 Navorsingsontwerp	5
1.4.4 Navorsingsmetode.....	6
1.4.4.1 Steekproef	6
1.4.4.2 Steekproefprosedure	7
1.4.4.3 Populasie.....	7
1.4.4.4 Insluitingskriteria	7
1.4.5 Metode van data-insameling.....	8
1.4.5.1 Instrument vir data-insameling.....	8
1.4.5.2 Metode van data analise.....	9
1.4.5.3 Bepaling van geldigheid en betroubaarheid	9
1.4.5.4 Loodsonderhoud.....	9
1.5 KONSEPTE EN BEGRIPSOMSKRYWING.....	10
1.6 ETIESE KLARING	11
1.7 BEPERKINGE VAN DIE STUDIE	12
1.8 AANBIEDING	13
HOOFSTUK 2: DIE AARD VAN ALKOHOL-AFHANKLIKHEID EN DIE GEVOLGE	
DAARVAN OP DIE GESIN.....	14
2.1 INLEIDING.....	14
2.2 KLASSIFISERING VAN MIDDELE	15

2.3	OMSKRYWING VAN ALKOHOL-AFHANKLIKHEID	16
2.4	DIAGNOSERING VAN ALKOHOL-AFHANKLIKHEID.....	17
2.4.1	DSM-IV TR diagnostiese kriteria.....	17
2.4.2	Jellinek se fases van alkoholisme	20
2.4.3	Jellinek se vyf vorms van alkoholisme	22
2.5	DIE REDES WAAROM MENSE GENEIG IS OM ALKOHOL IN TE NEEM.....	24
2.6	DIE BEHOEFTE VAN 'N INDIVIDU WAT VAN ALKOHOL AFHANKLIK IS	24
2.6.1	Fisiologiese behoeftes	25
2.6.2	Veiligheids- of sekuriteitsbehoefte.....	26
2.6.3	Behoeftes aan liefde en om te behoort	26
2.6.4	Behoeftes aan selfagting	26
2.6.5	Selfaktualiseringsbehoefte	27
2.7	IMPAK VAN ALKOHOL-AFHANKLIKHEID OP DIE GESIN	27
2.8	ONTWRIGHTING VAN DIE GESINSTUKTUUR.....	28
2.8.1	Roetine in die gesin	28
2.8.2	Rolle van gesinslede.....	28
2.8.3	Kommunikasie tussen gesinslede.....	29
2.8.4	Rituele in die gesin	29
2.8.5	Sosiale lewe van die gesin.....	30
2.9	ALKOHOL-AFHANKLIKHEID EN DIE HUWELIK.....	30
2.9.1	Effek op die nie-alkoholiese eggenoot	30
2.9.2	Mede-afhanklikheid.....	31
2.9.3	Effek van alkohol-afhanklikheid op die huwelik	32
2.9.3.1	Kommunikasiepatrone tussen die egpaar	33
2.9.3.2	Intimiteit van die egpaar.....	33
2.10	SAMEVATTING	34

HOOFSTUK 3: ROL VAN MAATSKAPLIKE WERKER IN 'N

	REHABILITASIESENTRUM VANUIT 'N EKOLOGIESE PERSPEKTIEF	35
3.1	INLEIDING.....	35
3.2	REHABILITASIESENTRUMS EN ALKOHOL-AFHANKLIKHEID	35
3.3	DIE EKOLOGIESE SISTEEMTEORIE.....	37
3.3.1	Die sisteemteorie	37
3.3.1.1	Die gesin se subsisteme	38
3.3.1.2	Die homeostase van 'n gesin	38
3.3.1.3	Die gesin as 'n oop en geslote sisteem.....	39
3.3.2	Ekologiese perspektief.....	40
3.3.2.1	Die drie sosiale sisteme	41
a)	Mikrosisteem.....	41

i)	Groepwerk as intervensiemetode op die mikrovlak van die ekologiese perspektief.....	42
ii)	Die twaalf-stap model as intervensiemetode op die mikrovlak van die ekologiese perspektief	42
b)	Mesosisteem.....	43
i)	Gesinsberading	44
ii)	Vertrekpunt van gesinsberading	44
iii)	Tydsduur en bywoning van gesinsberading	46
iv)	Benutting van gesinsberading tydens intervensie aan alkohol-afhanklikes	46
v)	Die vier gesinstipes waar alkohol-afhanklikheid voorkom wat berading sal soek	48
vi)	Vier alkoholistiese gesinstipes wat maatskaplike werkers tydens intervensie in gesinsberaad kan identifiseer	49
c)	Makrosisteem	51
i)	Ondersteuningsgroepe as 'n intervensiemetode op die makrovlak van die ekologiese perspektief	52
3.4	SAMEVATTING	52

HOOFSTUK 4: EMPIRIESE ONDERSOEK NA DIE ROL VAN 'N MAATSKAPLIKE WERKER IN REHABILITASIESENTRUMS VIR ALKOHOL-AFHANKLIKES VANUIT 'N EKOLOGIESE PERSPEKTIEF

4.1	INLEIDING.....	54
4.2	VOORBEREIDING VIR DIE ONDERSOEK	54
4.3	DIE NAVORSINGSPROSES	55
4.3.1	Navorsingsbenaderings en navorsingsontwerp.....	55
4.3.2	Steekproef en steekproefneming	55
4.3.3	Loodsstudie	55
4.3.4	Data-insameling.....	56
4.4	NAVORSINGSRESULTATE	56
4.4.1	Identifiserende besonderhede	56
4.4.1.1	Ouderdom	58
4.4.1.2	Werksondervinding	59
4.4.1.3	Tydperk verbonde aan die huidige instansie	59
4.4.1.4	Hoogste kwalifikasie in maatskaplike werk	60
4.4.2	Die aard van alkohol-afhanklikheid	61
4.4.2.1	Individuele behoeftes van die individu wat alkohol-afhanklikheid kan veroorsaak	62
a)	Behoefte aan liefde en om te behoort	62
b)	Behoefte aan selfagting	63
c)	Veiligheids- en sekuriteitsbehoefte	63
d)	Selfaktualiseringsbehoefte	64
e)	Fisiologiese behoeftes	64

4.4.3	Individuele behoeftes as belangrike redes vir voorkoms van alkohol-afhanklikheid.....	64
4.4.3.1	Behoeftes aan leiding en impak van die omgewing	65
4.4.3.2	Behoeftes aan emosionele ondersteuning.....	66
4.4.3.3	Behoeftes aan sosiale faktore	67
4.4.4	Diagnostiese kriteria van alkohol-afhanklikheid.....	68
4.4.4.1	Diagnostiese kriteria wat benut kan word om alkohol-afhanklikheid te diagnoseer	68
4.4.5	Rol van maatskaplike werker in intervensie tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes	69
4.4.5.1	Dienslewering volgens vlakke van ekologiese perspektief	69
4.4.6	Aard van berading tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes.....	70
4.4.6.1	Vertrekpunte van rehabilitasieprogram	71
4.4.6.2	Benutting van groepwerk as 'n intervensiemetode in 'n rehabilitasieprogram.....	72
4.4.6.3	Benutting van gevallewerk as intervensiemetode in n rehabilitasieprogram.....	75
4.4.7	Aard van berading indien gesin betrek word by die rehabilitasieprogram	77
4.4.7.1	Gebrekkige betrokkenheid van gesin in rehabilitasieprogram	77
4.4.7.2	Herkonstruksie van gesin deur middel van gesinsberading.....	79
4.4.7.3	Opvoeding en voorbereiding van gesinslede oor terugkeer van alkohol-afhanklike na hul woning	80
4.4.8	Aard van nasorgdienste na voltooiing van rehabilitasieprogram.....	81
4.4.8.1	Rehabilitasiesentrum lewer nasorgdienste.....	81
4.4.8.2	Eksterne organisasies doen nasorgdienste.....	83
4.4.9	Effek van alkohol-afhanklikheid op gesinslede.....	85
4.4.9.1	Aspekte van die gesinstruktuur wat deur alkohol-afhanklikheid beïnvloed word.....	85
4.4.9.2	Mening oor die betrokkenheid van gesinslede tydens 'n rehabilitasieprogram	87
4.4.9.3	Sienings oor betrokkenheid van gesinslede in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes	87
a)	Gesin se betrokkenheid noodsaaklik in rehabilitasieprogram se sukses	87
4.4.9.4	Menings oor uitdagings om die gesin te betrek in 'n rehabilitasieprogram.....	88
a)	Praktiese uitdagings	89
b)	Gesinsverwante uitdagings.....	90
4.5	SAMEVATTING	92
HOOFSTUK 5: GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS.....		93
5.1	INLEIDING.....	93
5.2	GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS.....	93
5.2.1	Profiel van respondente: Identifiserende besonderhede	94
5.2.1.1	Ouderdom	94
5.2.1.2	Werkservaring	94
5.2.1.3	Tydperk verbonde aan die huidige instansie	94
5.2.1.4	Hoogste kwalifikasie in maatskaplike werker	95

5.2.2	Individuele behoeftes van alkohol-afhanklikes	95
5.2.3	Individuele behoeftes as belangrike redes vir voorkoms van alkohol-afhanklikheid.....	96
5.2.4	Diagnostiese kriteria wat benut word om alkohol-afhanklikheid te diagnoseer	97
5.2.5	Dienslewering volgens vlakke van ekologiese perspektief	97
5.2.6	Aard van berading tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes.....	98
5.2.7	Aard van berading indien gesin betrek word by die rehabilitasieprogram.....	99
5.2.8	Aard van nasorgdienste na voltooiing van rehabilitasieprogram.....	100
5.2.9	Aspekte van die gesinstruktuur wat deur alkohol-afhanklikheid beïnvloed word.....	102
5.2.10	Sienings oor betrokkenheid van gesinslede in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes	102
5.2.11	Menings oor uitdagings om die gesin te betrek in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes	103
5.3	AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING	103
5.4	SAMEVATTING	104
BRONNELYS.....		105

LYS VAN TABELLE

Tabel 2.1: Vergelyking van DSM- IV met die DSM- V.....	18
Tabel 4.1: Profiel van deelnemers	57
Tabel 4.2: Individuele behoeftes van alkohol-afhanklikes	62
Tabel 4.3: Menings van deelnemers oor individuele behoeftes wat alkohol-afhanklikheid aanmoedig	65
Tabel 4.4: Diagnostiese kriteria van alkohol-afhanklikheid.....	68
Tabel 4.5: Dienslewering volgens die vlakke van die ekologiese perspektief	69
Tabel 4.6: Aard van berading in 'n rehabilitasieprogram	71
Tabel 4.7: Aard van berading indien gesin betrek word in rehabilitasieprogram	77
Tabel 4.8: Aard van nasorgdienste	81
Tabel 4.9: Aspekte van die gesinstruktuur wat deur alkohol-afhanklikheid beïnvloed word...	85
Tabel 4.10: Siening oor die betrokkenheid van die gesin in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes.....	87
Tabel 4.11: Menings van deelnemers oor uitdagings vir maatskaplike werkers in rehabilitasiesentrums om die gesin te betrek by berading	89

LYS VAN FIGURE

Figuur 2.1: Maslow se hierargie van behoeftes	25
Figuur 3.1: Bronfenbrenner se drie sosiale sisteme	41
Figuur 4.1: Ouderdom van respondente	58
Figuur 4.2: Jare ondervinding van respondente.....	59
Figuur 4.3: Tydperk verbonde aan die huidige instansie.....	60
Figuur 4.4: Hoogste kwalifikasie in maatskaplike werk	61

LYS VAN BYLAE

Bylaag A1: Semi-gestruktureerde onderhoudskedule in Afrikaans	119
Bylaag A2: Semi-gestruktureerde onderhoudskedule in Engels	124
Bylaag B1: Inwilliging om deel te neem aan navorsing in Afrikaans.....	128
Bylaag B2: Inwilliging om deel te neem aan navorsing in Engels.....	132

HOOFSTUK 1: INLEIDING

1.1 MOTIVERING VIR STUDIE

Wêreldwyd is alkohol die middel wat die meeste misbruik word. Suid-Afrika het een van die hoogste alkohol innamesyfers, met meer as 30% van die bevolking wat sukkel met alkohol- verwante probleme (Telesure, 2010; Nevid, Rathus & Greene, 2008:297; Pisa, Loots & Nienaber, 2010:4). Dit het gevolglik die Suid-Afrikaanse regering genoodsaak om 'n in-diepte studie rakende alkoholmisbruik en die probleme wat daaruit voortspruit, te onderneem. Vanuit die bevindinge van die studie blyk dit dat 'n groot aantal Suid-Afrikaners alkohol misbruik en die studie het verder bevind dat alkohol-afhanklikheid besig is om in 'n groeiende publieke kwessie te ontaard (We do recover, 2011). Volgens statistiek van 2003 het 5886 individue in Kaapstad, Durban, Gauteng, Mpumalanga en Port Elizabeth behandeling ontvang het vir alkohol-afhanklikheid (SA Health Info, 2008).

Statistiek dui daarop dat sowat 17,5 miljoen Suid-Afrikaners deur die inname van alkohol geaffekteer word. Baie meer Suid-Afrikaners se lewens word egter totaal ontwig weens konstante, direkte, daaglikse kontak met die individu wat alkohol misbruik, soos byvoorbeeld 'n ouer (Telesure, 2010). Dit is dus noodsaaklik om daarop te let dat alkohol-afhanklikheid nie net gevolg vir die alkohol-afhanklike inhou nie, maar ook vir individue rondom die afhanklike. Die individue wat die meeste deur alkohol-afhanklikheid geraak word, is individue wat deel vorm van die alkohol-afhanklike se daaglikse funksionering, met die gesinslede as die mees geaffekteerde party. Weens hierdie spesifieke rede word alkohol-afhanklikheid in mediese kringe en in die samelewing as 'n gesinsiekte geklassifiseer.

Een van die vernaamste redes waarom 'n individu alkohol misbruik is weens spanning wat op die individu geplaas word deur gesinsverwante kwessies, soos finansiële probleme, huweliksprobleme, egbreuk, dood in die gesin, oneffektiewe kommunikasiepatrone tussen gesinslede en oormatige konflik (Codependence Freedom.com, 2010; Fischer & Harrison, 2013:103; Velleman, Bennett, Miller, Oxford, Rigby & Tod, 1993:1281). Alhoewel hierdie gesinsverwante kwessies alkohol-afhanklikheid kan veroorsaak, is dit ook noodsaaklik om daarop te let dat alkohol-afhanklikheid verantwoordelik is vir meer gesins- en huweliksprobleme as enige ander enkele oorsaak (O'Farrel, 1989:24; Fischer & Harrison, 2013:141). Gesinne kan uitmekaar geskeur word weens die negatiewe gedrag wat deur die alkohol-afhanklike getoon word en dit kan veroorsaak dat die gesinsdinamika en –prosesse, soos byvoorbeeld die reëls, rituele, roetines, kommunikasie, sosiale lewe, finansies, homeostase en gesinsrolle, heeltemal ontwig word (Stepping Stones, 2013). Alkoholmisbruik het dus 'n geweldige impak op die funksionering en voortbestaan van 'n

gesin, en om die skade wat alkoholmisbruik in 'n gesin veroorsaak te herstel, behoort die gesin 'n belangrike rol te speel in die rehabilitasieproses van die alkohol-afhanklike.

Gesinslede beskik ook nie oor die nodige kennis en vaardighede om die rede en oorsaak van alkohol-afhanklikheid te verstaan nie en beskik derhalwe ook nie oor die vermoë om die alkohol-afhanklike op 'n toepaslike en ondersteunende wyse te hanteer en by te staan nie (Codependence Freedom.com, 2010). Dit is dus onvermydelik dat alkohol-afhanklikheid gesinslede negatief beïnvloed en dit is dus belangrik dat die komplekse rol wat gesinslede in die rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes kan en moet vervul, verstaan word. Die sukses van 'n rehabilitasieprogram is afhanklik van en sluit die samewerking en ondersteuning van die hele gesin of uitgebreide familie in. Die rede synde dat die betrokkenheid van die gesin positiewe uitkomstes kan verhoog en die gesin kan dien as 'n motiveerder vir die alkohol-afhanklike om 'n rehabilitasieprogram te voltooi (Kaufman & Yoshioka, 2005:12; Copello, Velleman & Templeton, 2005:36; O'Farrel, 1989:23; Thomas & Santa, 2007:50; Codependence Freedom.com, 2010). Dit is verder van kardinale belang dat gesinslede tydens 'n rehabilitasieprogram bemagtig word om die alkohol-afhanklike te hanteer en te ondersteun voordat die alkohol-afhanklike na sy gesinstruktuur en woning terugkeer.

Die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling administreer die Wet op Voorkoming en Behandeling van Middele-Afhanklikheid No 20 van 1992 (Departement van Maatskaplike Ontwikkeling, 2008:3). Hierdie wet voorsien 'n wetlike raamwerk vir die minimum norme en standaarde vir 'n rehabilitasiesentrum en -program. Volgens die minimum norme en standaarde vir 'n rehabilitasieprogram, word daar verwag dat kliënte se gesinne 'n integrale komponent van die rehabilitasieprogram vorm. Daar word vereis dat herkonstruksiedienste aan die gesin gebied word sowel as aandag aan disfunksionele interaksiepatrone tussen gesinslede gegee word. Verder verwag die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling dat die nodige ondersteuning aan die gesin verleen word sodat hulle deel vorm van die rehabilitasieprogram soos byvoorbeeld opvolg telefoniese oproepe en finansiële bystand om die rehabilitasiesentrum te besoek.

Vanuit die bogenoemde is dit duidelik dat die gesin ook in Suid-Afrika as 'n belangrike komponent in die rehabilitasieprogram beskou word. Die rol van die maatskaplike werker is dus om ook die gesin by die intervensie te betrek. Hierdie vertrekpunt ondersteun ook die ekologiese perspektief. Die ekologiese perspektief fokus op die interaksie wat plaasvind tussen verskillende sisteme soos byvoorbeeld individue, families en kulture. Hierdie sisteme kan in drie oorhoofse vlakke verdeel word naamlik die mikro-, meso- en makrovlak. Deur hierdie perspektief te benut kan 'n maatskaplike werker presies vasstel watter sisteme in die individu se daaglikse funksionering 'n bydraende faktor tot alkohol-afhanklikheid is. Om

hierin te slaag kan die maatskaplike werker nie alleenlik fokus op individuele berading nie, maar berading aan die egpaar en die gesin moet ook gelever word.

Die databasis Pro Quest, Nexus en Sabinet Online is bestudeer vir navorsingstudies wat aansluit by die navorsingsonderwerp. Daar is geen navorsing oor die spesifieke navorsingsonderwerp gedoen nie, maar wel studies wat aansluit by die navorsingsonderwerp byvoorbeeld terugval, alkohol-afhanklikheid, die impak van alkohol-afhanklikheid op die individu en die sosio-ekonomiese- en omgewingsfaktore wat aanleiding gee tot alkohol-afhanklikheid. Die navorsingsonderwerp is verder met 'n maatskaplike werker by 'n rehabilitasiesentrum in die Wes-Kaap bespreek. Tydens die gesprek is aangedui dat navorsing oor die spesifieke navorsingsonderwerp in Suid-Afrika beperk is. Daar is dus 'n duidelike leemte in die navorsingsveld rakende die rol van maatskaplike werkers in rehabilitasiesentrums vir alkohol-afhanklikheid vanuit 'n ekologiese perspektief.

1.2 PROBLEEMSTELLINGS

Rehabilitasieprogramme is meer geneig daartoe om alleenlik op die alkohol-afhanklike te fokus en sodoende word die impak wat alkohol-afhanklikheid op die gesin en die intieme verhouding van die alkohol-afhanklike het, tydens rehabilitasieprogramme dikwels totaal geïgnoreer. Vanuit 'n ekologiese perspektief is dit duidelik dat daar tydens 'n rehabilitasieprogram nie net op die alkohol-afhanklike gefokus kan word nie. Al die sisteme in die alkohol-afhanklike se lewe wat 'n bydraende faktor tot alkohol-afhanklikheid is, moet tydens die rehabilitasieprogram bestudeer en aangespreek word. Maatskaplike werkers moet dus hul fokus tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes verbreed deur meer aandag te gee aan die impak wat alkohol-afhanklikheid op die gesin en egpaar toon.

Dit is duidelik uit die voorafgaande dat dit van kardinale belang is om die gesin en egpaar te betrek tydens 'n rehabilitasieprogram en dat behoorlike en goeddeurdagte berading aan die individu, gesin en egpaar 'n belangrike rol kan speel in die oplossing van die alkoholmisbruikprobleem wat onder ongeveer 30% van die Suid-Afrikaanse bevolking gevind word. Daar bestaan dus 'n definitiewe behoefte om die rol van maatskaplike werkers tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes meer duidelik te definieer en te ondersoek (Copello *et al.*, 2005:369). Verder is daar ondervind dat relatief min literatuur beskikbaar is oor die betrokkenheid van die gesin tydens rehabilitasieprogramme vir alkohol-afhanklikes (O'Farrel & Fals-Stewart, 2003:121; Kaufman en Yoshioka, 2005:12).

Dit blyk verder duidelik uit die inhoud van die voorafgaande dat daar 'n duidelike en definitiewe leemte in die literatuur oor die spesifieke onderwerp bestaan wat die betrokke navorsingsonderwerp dus baie relevant en noodsaaklik maak. Die navorsing sal dus 'n positiewe bydrae lewer om die leemte te vul.

1.3 DOEL VAN DIE NAVORSING

1.3.1 Doel

Die doel van die studie is om 'n begrip te ontwikkel vir die rol van maatskaplike werkers in rehabilitasiesentrums vir alkohol-afhanklikes vanuit 'n ekologiese perspektief.

1.3.2 Doelwitte

Ten einde hierdie doelstelling te bereik, is die doelwitte van die navorsingstudie as volg:

- Om die teoretiese agtergrond oor die aard en gevolge van alkohol-afhanklikheid te omskryf
- Om die effek wat alkohol-afhanklikheid op die gesin en nie-alkoholiese eggenoot toon te bespreek
- Om die rol van maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes vanuit 'n ekologiese perspektief te bespreek
- Om ondersoek in te stel na die rol van maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes vanuit 'n ekologiese perspektief
- Om aanbevelings te maak ten opsigte die rol van maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes

1.4 NAVORSINGSMETODOLOGIE

Vir die doel van hierdie studie is 'n literatuurstudie gedoen. Die navorsingsbenadering, navorsingsontwerp, navorsingsmetode en metode van data-insameling vir studiedoeleindes word vervolgens bespreek.

1.4.1 Literatuurstudie

Die doel van 'n literatuurstudie is om 'n duidelike begrip van die spesifieke navorsingsveld te bekom asook om vas te stel wat die huidige kennisbasis en leemtes in die navorsingsveld is (Cloete, 2013:11; Viljoen, 2008:5). 'n Literatuurstudie is dus die proses van soek na bestaande literatuur wat aansluit by die navorsingprobleem sodat navorsingsbevindinge met literatuur geïntegreer kan word (Kumar, 2011:389). Die literatuurstudie is ook afdeling wat 'n sistematiese, kritiese evaluering en sintese is van bestaande wetenskaplike werk, studies, teorieë en huidige denke oor 'n gegewe onderwerp of veld om te verhoed dat geen duplisering van navorsing plaasvind nie (De Vos, Strydom, Fouché & Delport, 2011:134; Cloete, 2013:11; Neuman, 2011:125; Gilbert, 2011:66).

Die navorser het dus van relevante, bestaande literatuur gebruik gemaak, soos byvoorbeeld onderskeie artikels, veral gevind in vaktydskrifte wat op die elektroniese databasis van die JS Gericke-biblioteek te Stellenbosch geplaas is. Daar is ook van 'n gerekenariseerde

boek katalogus van laasgenoemde biblioteek gebruik gemaak om die nodige inligting te bekom. Verder is verskeie webtuistes besoek om die navorser se kennis oor die spesifieke onderwerp te verbreed.

1.4.2 Navorsingsbenadering

Hierdie studie het gebruik gemaak van beide 'n kwantitatiewe en kwalitatiewe navorsingsbenadering, aangesien die kombinasie van bogenoemde mekaar aanvul (Creswell, 2009:28; De Vos *et al.*, 2011:66). Die navorser het dus beide die kwantitatiewe en kwalitatiewe metode van data-insameling benut om 'n meer volledige, omvattende en in-diepte analise van die komplekse navorsingsprobleem te bied (De Vos *et al.*, 2011:66).

Alhoewel die kwantitatiewe en kwalitatiewe metodes van data-insameling tydens die studie gekombineer is, dui De Vos *et al.* (2011:63) aan dat die kwantitatiewe en kwalitatiewe benadering steeds uit hul eie prosesse bestaan. Hulle word van mekaar onderskei onder meer deur die metodes waarvolgens ondersoek uitgevoer moet word, strategieë vir die insameling en analise van data en kriteria vir die beoordeling van gehalte. Die kwantitatiewe sowel as die kwalitatiewe metode van data-insameling word dus vervolgens te bespreek.

'n Kwantitatiewe benadering fokus daarop om sosiale en menslike probleme aan te spreek deur gebruik te maak van numeriese data en statistiese prosedures (De Vos *et al.*, 2011:66; Bless, Higson-Smith & Kagee, 2009:43). Deur die kwantitatiewe metode van data-insameling te benut, het die navorser daarin geslaag om in Hoofstuk 4 die ingesamelde numeriese data tot tabelvorm te verwerk en daarvolgens data meer akkuraat te analiseer. Die navorser was sodoende in staat om 'n veralgemening na die groter populasie te maak. Alhoewel hierdie studie die ondersoek van objektiewe feite insluit, sal die uitsluiting van 'n kwalitatiewe metode van data-insameling die interpretasie van ingesamelde data beperk.

Die **kwalitatiewe benadering** word benut om die komplekse aard van verskynsels te bestudeer deur in interaksie met die verteenwoordigers van die groter populasie te tree en sodoende die nodige inligting te bekom (De Vos, 2011:64; Creswell, 2009:26; Albertyn, 2012:8). Die doel van 'n kwalitatiewe benadering is dus om te verstaan wat die siening, ervarings en oortuigings van die deelnemers is rakende die spesifieke onderwerp (Theron, 2013:8). Aangesien hierdie studie poog om vas te stel wat die rol van maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes is, was 'n kwalitatiewe benadering tot data-insameling geskik.

1.4.3 Navorsingsontwerp

'n Navorsingsontwerp is 'n stel prosedures wat die navorser in staat stel om gevolgtrekkings en aanbevelings te maak oor die verhouding tussen veranderlikes (Bless *et al.*, 2009:185).

Daar is vier tipes navorsingsonderwerpe wat benut kan word naamlik verkennend, beskrywend, verduidelikende en korrelatiewe (Bless *et al.*, 2009:43). 'n Verkennende en beskrywende navorsingsontwerp is vir die doeleindes van hierdie studie benut en beide word vervolgens bespreek.

'n Verkennende navorsingsontwerp word tydens 'n studie benut om die navorser se insig oor 'n spesifieke situasie, verskynsel, gemeenskap of individu te verbreed (De Vos *et al.*, 2011:95; Bless *et al.*, 2009:182). Die nut van 'n verkennende navorsingsontwerp kan ook ontstaan weens 'n tekort aan inligting in die spesifieke area van belang (De Vos *et al.*, 2011:95; Albertyn, 2012:8). Weens die feit dat daar 'n leemte in die Suid-Afrikaanse literatuur is rakende die rol van 'n maatskaplike werker tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes, vanuit 'n ekologiese perspektief, is 'n verkennende navorsingsontwerp geskik om data in te samel. Onderhoude is met 23 maatskaplike werkers gevoer met die doel om die navorser se begrip oor die spesifieke onderwerp te verbreed. Die navorser het dus gebruik gemaak van kwalitatiewe data om die spesifieke doel te bereik (De Vos, 2011:96).

'n Beskrywende navorsingsontwerp se primêre doel is om verskynsels te beskryf eerder as te verduidelik (Bless *et al.*, 2009:182). Aangesien die navorser 'n geheelbeeld rondom die rol van maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes vanuit 'n ekologiese perspektief wil skep, is 'n beskrywende studie geskik, aangesien hierdie navorsingsontwerp daarin slaag om bogenoemde te beskryf (De Vos *et al.*, 2011:95). Tydens die onderhoude het die navorser oop- en geslote vrae benut en sodoende was die navorser in staat om die verteenwoordigers van die populasie se siening en oortuigings oor die spesifieke onderwerp in-diepte te beskryf.

1.4.4 Navorsingsmetode

Vir die doeleindes van die studie word 'n literatuur- en empiriese studie uitgevoer om die navorser te oriënteer en insig in die onderwerp te bevorder. Die steekproef, populasie, insluitingskriteria en literatuurstudie vir studie doeleindes word volgende bespreek.

1.4.4.1 Steekproef

Die Suid-Afrikaanse populasie is baie groot en 'n volledige opsomming van al die lede in die populasie is onprakties en baie duur (Gilbert, 2011:513). Daar is dus 'n verteenwoordigende steekproef van die populasie geneem. 'n Steekproef word beskryf as die selektering van 'n gedeelte van die populasie en om dit te benader as die verteenwoordiging van die hele populasie (De Vos *et al.*, 2011:234; Bless *et al.*, 2009:185). Alle rehabilitasie sentrums in die Wes-Kaap wat beskikbaar was op die stadium wat die navorsingstudie afgelê is, is telefonies

gekontak. Die maatskaplike werkers wat aan die insluitings kriteria voldoen, het aan die navorsingstudie deelgeneem en dit het 'n totaal van 23 maatskaplike werkers ingesluit.

1.4.4.2 Steekproefprosedure

Daar bestaan twee wyses waarop die steekproef onderneem kan word naamlik waarskynlikheid en/of die nie-waarskynlikheid steekproef (Bless *et al.*, 2009:100). 'n Nie-waarskynlikheid steekproef is vir die doeleindes van hierdie studie benut. By die nie-waarskynlikheid steekproef het elke individu in die populasie nie 'n gelyke kans om in die steekproef ingesluit te word nie (De Vos *et al.*, 2011:231). Die nie-waarskynlikheid steekproef is 'n tegniek waar die waarskynlikheid dat elke element van die bevolking by die steekproef ingesluit word, onbekend is (Bless *et al.*, 2009:184).

Daar word verwys na drie vorme van nie-waarskynlikheids steekproeftrekking naamlik beskikbaarheid-steekproeftrekking, doelbewuste steekproeftrekking en kwotasteekproeftrekking (Bless *et al.*, 2009:105-106; Albertyn, 2012:10). Die nie-waarskynlikheid steekproef metode, naamlik die doelbewuste steekproef, is vir die doeleindes van hierdie studie benut aangesien die navorser self die respondente vir die studie gekies het (De Vos *et al.*, 2011:232). Die navorser het dus self besluit oor die karaktereienskappe, ouderdom, ras en sosio- ekonomiese status van die respondente (De Vos *et al.*, 2011:232).

1.4.4.3 Populasie

Die populasie is die totaliteit van persone, gebeure, organisasie-eenhede, geval rekords of ander steekprofeenhede wat die navorsingsprobleem raak (De Vos *et al.*, 2011:223). Populasie is dus 'n term wat grense stel op die studie-eenhede aangesien dit verwys na individue in die samelewing wat oor spesifieke karaktereienskappe beskik (De Vos *et al.*, 2011:223; Babbie, 2010:199). Die populasie vir hierdie studie is in die Wes-Kaap verkry. Die individue wat die populasie uitgemaak het, was gekwalifiseerde maatskaplike werkers wat werkzaam was in 'n rehabilitasiesentrum.

1.4.4.4 Insluitingskriteria

Die insluitingskriteria is 'n lys van die vereistes waaraan 'n persoon moet voldoen om in aanmerking te kom om deel te neem aan 'n navorsingstudie (Research participant registry: 2011). 'n Insluitingskriteria is noodsaaklik aangesien dit die navorser instaat stel om seker te maak dat individue wat deelneem aan die studie, wel deel vorm van die populasie (Albertyn, 2012:11).

Die insluitingskriteria vir hierdie studie het die volgende behels:

- 'n Respondent moet 'n maatskaplike werker wees.
- Die respondente moet tans dienste lewer aan 'n rehabilitasiesentrum in die Wes-Kaap.

Die insluitingskriteria sluit egter nie die volgende in nie:

- Respondente wat besluit om nie aan die studie deel te neem nie.

1.4.5 Metode van data-insameling

Data-insameling is 'n belangrike aspek van enige navorsingstudie aangesien onakkurate data-insameling 'n invloed kan hê op die resultate van 'n studie en uiteindelik lei tot ongeldige resultate. Vir studiedoeleindes is primêre data benut aangesien data wat ingewin is, direk verband hou met die doel van die navorsing en om die navorsingsvraag te beantwoord, naamlik: "Wat is die rol van maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes vanuit 'n ekologiese perspektief" (Bless *et al.*, 2009:184).

Die instrument vir data-insameling, die metode van data analise, die bepaling van geldigheid en betroubaarheid van data sowel as die loodsonderhoud vir studiedoeleindes word vervolgens bespreek.

1.4.5.1 Instrument vir data-insameling

Indien 'n kwalitatiewe en kwantitatiewe navorsingsbenadering benut word, is daar drie wyses waarop data ingesamel kan word, naamlik observasie, vraelyste en onderhoude (Bless, 2009:114-116). Vir studiedoeleindes is 'n kombinasie van vraelyste en onderhoude in die vorm van 'n semi-gestruktureerde onderhoud benut om die nodige inligting te bekom.

Die navorser het 'n semi-gestruktureerde onderhoud gebruik aangesien sy gedetailleerde inligting aangaande die oortuigings en persepsies van die respondente oor die spesifieke onderwerp wou bekom (De Vos, 2011:351). Die navorser het 'n voorafbepaalde vraelys opgestel wat tydens die onderhoude benut is om die nodige inligting te bekom. Die vraelys is gebaseer op die rol van maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes vanuit 'n ekologiese perspektief. Weens die leemte in die Suid-Afrikaanse literatuur vorm bestaande Amerikaanse en Europese literatuur die basis waarvolgens die vraelys saamgestel is.

De vraelys bestaan uit oop- en geslote vrae. Die gebruik van oop vrae het vir die respondente 'n geleentheid geskep om hul eie oortuigings en persepsies oor die spesifieke onderwerp deur te gee terwyl geslote vrae die navorser instaat gestel het om meer spesifieke inligting in te win. Die navorser het sodoende gebruik gemaak van beide die kwantitatiewe en kwalitatiewe metode van data-insameling om die nodige inligting te bekom. Die navorser het verder die onderhoude gefasiliteer wat verhoed het dat enige vrae verkeerdelik verstaan of geïnterpreteer kon word. Die navorser iss sodoende instaat gestel om vraelyste volledig en deeglik te voltooi (De Vos, 2011:352; Albertyn, 2012:13).

1.4.5.2 Metode van data analise

Die proses van data analise begin wanneer die navorser die nodige data ingesamel en gekontroleer het (Bless *et al.*, 2009:163). Die data wat tydens die semi-gestruktureerde onderhoude ingesamel is, is met die hand verwerk.

Kwantitatiewe data word dikwels ontleed met behulp van beskrywende en inferensiële statistiese prosedures (Bless *et al.*, 2009:163). Vir die doeleindes van die studie is kwantitatiewe data dus grafies geïllustreer deur middel van tabelle en figure en daarvan is tendense voorgestel. Die deelnemers se narratiewe is as kwalitatiewe data aangebied. Kwalitatiewe data is in die vorm van 'n skripsie getranskribeer en tematies geanaliseer. Aangesien daar 23 onderhoude met die verteenwoordigers van die populasie gevoer is, is die steekproef aantal te min om data wat ingesamel is, tot die groter populasie te veralgemeen, en dus is daar slegs voorstelle gemaak wat as riglyn vir maatskaplike werkers in rehabilitasiesentrums dien.

1.4.5.3 Bepaling van geldigheid en betroubaarheid

Betroubaarheid is 'n manier om te bepaal of 'n tegniek wat herhaaldelik vir studiedoeleindes toegepas word, elke keer dieselfde resultaat sal oplewer (Babbie, 2010:150). Betroubaarheid vind dus plaas wanneer die navorsingsinstrument dieselfde aspek meer as een keer meet en resultate toon dieselfde uitkomstes (De Vos *et al.*, 2011:177; Kumar, 2011:396). Dit is egter noodsaaklik om daarop te let dat betroubaarheid nie akkuraatheid verseker nie (Babbie, 2010:151).

Geldigheid verwys na die mate waarin 'n empiriese maatskap die ware betekenis van die konsep onder oorweging weerspieël (Babbie, 2010:153). Geldigheid is wanneer elke stap in die navorsingsproses uitwys dat aspekte wat gemeet moet word, wel gemeet word. (Kumar, 2011:402; Walliman, 2009:439). Geldigheid beteken dus dat die instrument meet wat dit bedoel is om te meet (Babbie, 2010:153).

Die navorser het betroubaarheid en geldigheid in hierdie studie verseker deur die onderhoude wat gevoer is, op band op te neem. Die narratiewe van deelnemers is ook woord vir woord getranskribeer.

1.4.5.4 Loodsonderhoud

'n Loodsonderhoud is 'n klein studie wat voor die finale navorsingsstuk afgehandel word met die doel om te bepaal of die navorsingstudie uitvoerbaar is, die inhoud van die vraelys geldig is en wat die tydsduur van die voltooiing van die vraelys is (Bless *et al.*, 2009:184; Kumar, 2011:11; De Vos *et al.*, 2011:195). Aangesien dit meer doeltreffend is om vir die respondente te vra om die vraelys te voltooi eerder as om dit deur te lees (De Vos *et al.*, 2011:195), het die navorser twee vraelyste voltooi. Hierdeur is bepaal dat die vraelys geskik is, toepaslik is

en toets wat dit veronderstel is om te toets naamlik die rol van maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes vanuit 'n ekologiese perspektief.

Dit is noodsaaklik dat 'n loodsonderhoud uitgevoer word aangesien dit die navorser instaat stel om foute dadelik reg te stel sonder enige terugslae. Indien daar tydens die onderhoude ondervind is dat die vraelys onsuksesvol was, sou dit aangepas moes word om seker te maak dat die nodige inligting ingewin word. Tydens die loodsondersoek is bevind dat die vraelys geskik was en dus was geen verdere aanpassings nodig gehad het nie.

1.5 KONSEPTE EN BEGRIPSOMSKRYWING

- **Afhanklikheid:** Afhanklikheid is 'n kroniese versteuring wat gekarakteriseer word deur die kompulsiewe inname van middele wat fisiese, sielkundige en sosiale gevolge vir 'n individu inhou (Berger *et al.*, 2007:459). Afhanklikheid is die herhaalde of voortgesette behoefte om middele in te neem (Fischer & Harrison, 2013:14). Vir die studiedoeleindes verwys middel-afhanklikheid na die afhanklikheid van alkohol.
- **Ekologiese perspektief:** Die ekologiese perspektief is 'n benadering in maatskaplike werk wat die komplekse interaksie tussen 'n individu en hul omgewing bestudeer (Greene, 2010:199).
- **Gesin:** Daar is geen enkele, onveranderlike definisie van die term *gesin* nie (Kaufman & Yoshioka, 2005:2). Verskillende kulture en geloofstelsels beïnvloed definisies en omdat kulture en oortuigings oor tyd verander, is daar geen vaste betekenis vir die term “gesin” nie. Daar word drie kategorieë van gesinne aangedui naamlik tradisionele gesinne (twee ouers en minderjarige kinders wat leef onder dieselfde dak, pleeg gesinne, en stiefgesinne), uitgebreide familie gesinne (grootouers, ooms, tantes, neefs, en ander familieleden) en uitgesoekte gesinne (self-geïdentifiseer en word verbind deur keuse en nie deur die gewone bande van bloed en huwelik nie, byvoorbeeld peet ouers) (Kaufman & Yoshioka, 2005:2). In die Suid-Afrikaanse konteks verwys die term *gesin* na 'n groep individue wat in wisselwerking met mekaar tree en 'n verhouding het op grond van 'n gemeenskaplike afstamming, die huwelik en/of aanneming (Republiek van Suid-Afrika, 2011:27). Die gesin word gekenmerk deur 'n gemeenskaplike woning, lede wat in interaksie met mekaar tree in hul onderskeie gesinsrolle, die handhawing van 'n gemeenskaplike kultuur en die beheer van die gesin deur reëls (Republiek van Suid-Afrika, 2011:73).
- **Rehabilitasiesentrum:** 'n Rehabilitasiesentrum is 'n fasiliteit wat daarop gemik is om individue te help herstel van 'n verskeidenheid siektes, sommige liggaamlik en ander wat veroorsaak word deur geestelike gesondheid en middele misbruik. Sommige

sentrums bied akkommodasiefasiliteite, waar diegene wat behandel word, kan oornag terwyl ander streng buitepatiënt-fasiliteite is (Wise Greek, 2003).

- **Middel:** Middel is 'n spesifieke vloeistof, vastestof of gas waarvan individue afhanklik kan raak. 'n Middel kan onwettig of wettig wees (Reber & Reber, 2011). Middele kan gekategoriseer word as sentrale senuweestelsel depressante (alkohol en kalmeermiddels), opioïede (morfien en heroïen), hallusinogene (LSD en PCP), cannabinols (dagga), sentrale senuweestelsel stimulant (kokaïen en amfetamine), inhaleermiddels en vlugtige koolwaterstowwe (petrol, naellakverwyderaar), anaboliese steroïede (durabolin en danocrine), klub dwelms (ecstasy) en middele wat gebruik word vir geestesversteurings (antidepressante) (Fischer & Harrison, 2013: 12-32). Aangesien alkohol een van die middele is wat die meeste misbruik word in Suid-Afrika, verwys middele vir hierdie studie se doeleindes na alkohol (Pisa, Loots & Nienaber, 2010:4).
- **Middelmisbruik:** Dit verwys na die ontoepaslike, oormatige, onverantwoordelike of self-beskadigende gebruik van verslawende middele (Reber & Reber, 2011). 'n Middel word misbruik wanneer 'n individu negatiewe gevolge ondervind wanneer dit ingeneem word (Fisher & Harrison, 2013:99). Middelmisbruik word verder beskou as die voortgesette gebruik van 'n die middel ten spyte van die wete dat dit 'n sosiale-, beroeps-, sielkundige- of fisiese probleem kan veroorsaak (Nevid *et al.*, 2008:292). In hierdie studie verwys middelemisbruik na die misbruik van alkohol.

1.6 ETIESE KLARING

Navorsingsetiek plaas 'n klem op die menslike en sensitiewe behandeling van deelnemers wat moontlik negatief beïnvloed kan word deur navorsingsprosedures (Bless *et al.*, 2009:140). Die doel van navorsingsetiek is egter om bogenoemde risiko te verminder. Daar is verskeie etiese aspekte wat in ag geneem moet word tydens 'n navorsingstudie, maar enige navorsing wat op afhanklikheid fokus, het unieke etiese en wetlike aspekte wat oorweeg moet word (Lambert, 2011:25). Die belangrikste etiese aspekte wat in ag geneem moet word tydens 'n navorsingsstudie wat fokus op afhanklikheid, is ingeligte toestemming, konfidensialiteit en vergoeding (Lambert, 2011:25).

Vir die doeleindes van hierdie studie is daar eerstens gefokus op die **vermyding van skade**. De Vos *et al.* (2011:115) het aangedui dat 'n fundamentele etiese reël daarop gebaseer is dat navorsing geen skade aan deelnemers mag aanbring nie, hetsy emosioneel of fisies. Tweedens is daar gefokus op die etiese aspek van **vrywillige deelname**. Deelname moet te alle tye vrywillig wees en niemand moet gedwing word om deel te neem aan die navorsingsstudie nie (De Vos *et al.*, 2011:116). Die deelnemers is dus voor die onderhoud

bewus gemaak dat hulle die reg het om die beantwoording van vrae te weier en dat die deelnemers enige tyd van die navorsingstudie kan onttrek.

Voldoende inligting oor die doel van die ondersoek, die verwagte duur van die deelnemers se betrokkenheid, die prosedures wat gevolg word tydens die ondersoek sowel as die geloofwaardigheid van die navorser, is aan die deelnemers uitgewys alvorens daar met navorsing begin is (Bless *et al.*, 2009:143; De Vos *et al.*, 2011:115). Daar is dus gefokus op die etiese aspek, **ingeligte toestemming**. Alvorens daar met die navorsing begin is, het die navorser toestemming van die betrokke instellings ontvang om toegang tot deelnemers te verkry. Vir etiese doeleindes is daar dus van die deelnemers verwag om 'n dokument te onderteken wat as bewys dien dat hulle deeglik ingelig was oor die prosedures van die navorsingsstudie. Die deelnemers het 'n duplikaat van die dokument ontvang en die oorspronklike dokument is in veilig bewaring geplaas.

Laastens is daar gefokus op die **skending van privaatheid**. Privaatheid is om inligting wat nie bedoel is vir ander om te sien of te analiseer nie, vir jouself te hou (De Vos *et al.*, 2011:119). Daar is aan die deelnemer verduidelik dat enige inligting wat tydens die navorsingstudie verkry is, vertroulik sal bly en slegs met die deelnemer se toestemming bekend gemaak word of gehanteer word soos deur die wet vereis. Alle inligting wat tydens die navorsingstudie ingevorder is, is toegesluit in 'n kabinet of kas en die sleutel sal net beskikbaar wees vir die navorser en haar studieleier. Daar is 'n wagwoord geskep vir die rekenaar waarop die inligting van die navorsingstudie gestoor is. Resultate van hierdie studie is wel gebruik en kan gepubliseer word, maar die deelnemer se anonimiteit word gewaarborg.

1.7 BEPERKINGE VAN DIE STUDIE

'n Paar beperkinge ten opsigte van die studie het reeds tydens die literatuursoektog na vore gekom. Na aanleiding van die literatuurstudie is gevind dat daar min byderwetse akademiese inligting en navorsing omtrent alkohol-afhanklikheid bestaan wat relevant is tot die studie. Die navorser moes dus gebruik gemaak van verouderde literatuur.

Die populasie is saamgestel uit rehabilitasiesentrums in die Wes-Kaap en daarom kon resultate nie op die breër Suid-Afrika toegepas word nie. Daar is gebruik gemaak van 'n nie-ewekansige steekproeftrekking wat nie kon verseker dat alle elemente van die populasie in die steekproef verskyn nie. Deurdat daar van doelbewuste steekproeftrekking gebruik gemaak is, kan die bevindinge nie tot die groter populasie in hierdie studie ge-ekstrapoleer word nie.

1.8 AANBIEDING

Vir die doel van hierdie studie, bestaan die navorsingsverslag uit vyf hoofstukke.

Hoofstuk 1 beskryf en verduidelik die motivering van die studie, die probleemstelling, die doelstelling en doelwitte van die studie, die navorsingsmetodologie, die navorsingsmetode, asook die metode van data-insameling. Begripsomskrywings, tesame met etiese klaring, is ook deeglik bespreek.

Hoofstuk 2 beskryf die teoretiese agtergrond oor die aard en gevolge van alkohol-afhanklikheid. Daar word verder tydens die hoofstuk gefokus op watter impak alkohol-afhanklikheid op die gesin, nie-alkoholiese eggenoot en kind het.

Hoofstuk 3 handel oor die rol van maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes.

Hoofstuk 4 behandel die empiriese ondersoek rakende die rol van maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes. Tydens die hoofstuk word die resultate, soos verwerk uit die semi-gestruktureerde onderhoude, geïdentifiseer. Die resultate is gekoppel aan twee literatuur hoofstukke naamlik Hoofstukke 2 en 3.

Hoofstuk 5 fokus op die aanbevelings wat gemaak is op grond van die bevindinge van die studie.

HOOFSTUK 2: DIE AARD VAN ALKOHOL-AFHANKLIKHEID EN DIE GEVOLGE DAARVAN OP DIE GESIN

2.1 INLEIDING

Alkohol is die middel wat wêreldwyd die meeste misbruik word. Die Wêreld Gesondheidsorganisasie erken alkohol-afhanklikheid as 'n mediese probleem en die Amerikaanse Mediese Vereniging is van mening dat alkohol-afhanklikheid behandelbaar is (Fischer & Harrison, 2013:40). Alkohol-afhanklikheid is ook 'n groeiende sosiale kwessie in Suid-Afrika (Nevid *et al.*, 2008:297). Sowat 17,5 miljoen Suid-Afrikaners neem jaarliks 'n oormaat alkohol in (Telesure, 2010), terwyl baie meer Suid-Afrikaners se lewens totaal ontwig word weens 'n gesinslid, uitgebreide familielid, vriend of huweliksmaat wat van alkohol-afhanklik is. In 2003 het 5886 individue in Kaapstad, Durban, Gauteng, Mpumalanga en Port Elizabeth behandeling ontvang vir die misbruik van alkohol (SA Health Info, 2008).

Alkohol is 'n depressant wat in 'n sosiale konteks vrylik bekombaar en beskikbaar is, wat tot gevolg het dat individue daartoe geneig is om alkohol te misbruik en sodoende daarvan afhanklik te raak. Daar is verskeie redes waarom individue alkohol inneem waarvan een is om die gebrek of afwesigheid van basiese behoeftes te vervul (Fox & Wilson, 2011:76). Aangesien alkohol-afhanklikheid behandelbaar is, is dit uiters belangrik dat 'n akkurate diagnose gemaak word weens die stigma en emosionele gevolge wat met alkohol-afhanklikheid gepaard gaan.

Alkohol-afhanklikheid word verder bestempel as 'n "gesinsiekte", aangesien die gevolge daarvan tot abnormale rolle en gedrag van die alkohol-afhanklike sowel as hul gesinslede kan lei (Hevey, 2007). Omdat alkohol-afhanklikheid ook die sielkundige, emosionele en fisiese gesondheid van beide die alkohol-afhanklike en hul gesinslede belemmer, word dit ook beskou as 'n progressiewe siekte (Hevey, 2007). Alkohol-afhanklikheid is, volgens navorsers (Parsons, 2003; O'Farrel, 1989:24), verantwoordelik vir meer gesinsverwante probleme as enige ander enkele oorsaak in die gesin (byvoorbeeld depressie). Dit het tot gevolg dat alkohol-afhanklikheid die gesinsdinamika en -prosesse soos die reëls, rituele, roetines, kommunikasie, sosiale lewe, finansies, homeostase en gesinsrolle kan ontwig. Gesinne kan dus uitmekaar geskeur word weens die negatiewe gedrag wat deur die alkohol-afhanklike getoon word (Stepping Stones, 2013; Fischer & Harrison, 2013:204).

In hierdie hoofstuk is uitvoering gegee aan die eerste en tweede doelwit van die navorsingsstudie naamlik om die teoretiese agtergrond oor die aard en gevolge van alkohol-afhanklikheid te omskryf asook die effek wat alkohol-afhanklikheid op die gesin en nie-alkoholiese eggenoot toon te bespreek. 'n Omskrywing van alkohol-afhanklikheid is gebied;

die diagnose van alkohol-afhanklikheid is beskryf; redes waarom 'n individu van alkohol-afhanklik word uit te lig; asook die ontwrigting van die gesinstruktuur weens alkohol-afhanklikheid te bespreek. Die effek wat alkohol-afhanklikheid op die gesin het, word ook in hoofstuk 3 bespreek.

2.2 KLASSIFISERING VAN MIDDELE

Daar is 'n wye verskeidenheid komplekse klassifikasies vir middele vanweë hul chemiese samestelling, maar middele word hoofsaaklik in drie hoofgroepe geklassifiseer, naamlik stimulant, hallusinogene en depressante (Hitzeroth & Kramer, 2010:4; Milhorn, 1994:14; Nelson, 2012:28). Vir die doel van hierdie studie word stimulant en hallusinogene kortliks bespreek, terwyl daar meer in-diepte op depressante gefokus word.

Stimulant is psigoaktiewe stowwe wat die aktiwiteite van die sentrale senuweestelsel verhoog en 'n gevoel van plesier of self euforie verskaf (Fischer & Harrison, 2013:18). Stimulant is dus geneig daartoe om die gebruikers wakker te hou, meer energie te gee en 'n valse illusie van welstand te skep (Nelson, 2012:29). Voorbeelde van stimulant is onder andere kokaïen en ecstasy (Nevid *et al.*, 2008:305).

Die tweede groep middele wat geïdentifiseer is, is **hallusinogene**, ook bekend as psychedelika. Hallusinogene is 'n klas van dwelms wat hallusinasies, asook groot veranderinge in kleurpersepsie en gehoor by die gebruiker veroorsaak (Nevid *et al.*, 2008:308). 'n Voorbeeld van hallusinogene is dagga (Fischer & Harrison, 2013:24; De Miranda, 1987:40).

Die derde groep waarin middele geklassifiseer word is **depressante**, wat ook bekend is as susmiddels of bedwelkende middels (Hitzeroth & Kramer, 2010:4). Depressante is 'n middel wat 'n individu se liggaam op verskeie maniere negatief kan affekteer, aangesien depressante die funksie van die sentrale senuweestelsel (SSS) inhibeer (Cherry, 2013). Depressante onderdruk sodoende die oorhoofse funksionering van die SSS en die effek van depressante op die SSS word bepaal deur die dosis wat ingeneem is, metode van toediening en die toleransie van 'n individu (Fischer & Harrison, 2013:15).

Wanneer daar na depressante as 'n "bedwelkende middel" verwys word, beteken dit dat die inname van depressante die gebruiker se liggaam kan bedwelmen en sodoende lei tot lomerigheid, oppervlakkige asemhaling, stadige hartklop, 'n sleep tong en 'n koma, afhangende van die dosis wat ingeneem word (Nelson, 2012:36; De Miranda, 1987:11). Verdere negatiewe effekte wat depressante op die liggaam het is stadige liggaamsbewegings, belemmerde koördinasie en 'n verswakking van die individu se refleksie en kognitiewe prosesse.

Wanneer daar na depressante as “susmiddels” verwys word, beteken dit dat depressante gevoelens van spanning en angs verminder wat ’n valse illusie van rustigheid kan skep (Nevid *et al.*, 2008:296; Tracy, 2012; De Miranda, 1987:5). Voorbeelde van depressante is alkohol, voorgeskrewe medikasie vir angs en slaapversteurings, sowel as kafeïene (Fischer & Harrison, 2013:15). Vir die doel van hierdie studie word daar gefokus op alkohol, ook bekend as etielalkohol, aangesien alkohol die depressant is wat naas kafeïene, wêreldwyd die tweede meeste gebruik word vanweë die beskikbaarheid en die wettigheid daarvan (Cherry, 2013; Nevid *et al.*, 2008:296).

2.3 OMSKRYWING VAN ALKOHOL-AFHANKLIKHEID

Weens die kompleksiteit van alkoholafhanklikheid is dit belangrik dat ’n maatskaplike werker begryp wat met die term alkohol-afhanklikheid bedoel word. Alkohol-afhanklikheid is ’n kroniese versteuring wat gekenmerk word deur die kompulsiewe inname van alkohol wat die individu se fisiese, sielkundige en sosiale funksionering kan belemmer (Berger *et al.*, 2007:459; De Miranda, 1987:5). Alkohol-afhanklikheid dui verder op ongesonde of gevaarlike drinkgewoontes, soos byvoorbeeld om alkohol daaglik in te neem, of te veel op ’n slag. Die alkohol-afhanklike ontwikkel sodoende ’n voortdurende behoefte om alkohol in te neem ongeag die negatiewe gevolge daarvan. Hierdie gevolge sluit onder andere ernstige probleme tuis, finansieel, fisies, psigies asook in die werksomgewing in (WebMD, 2011).

Dit is dus noodsaaklik om daarop te let dat ’n individu sielkundig of fisies van alkohol-afhanklik kan raak (Tracy, 2012; Jeram, 2009: 7). Om sielkundig afhanklik van alkohol te wees, dui daarop dat ’n individu alkohol inneem om op ’n normale wyse te dink, te voel en te funksioneer. Indien ’n individu fisies afhanklik van alkohol is, vereis hierdie individu se liggaam die teenwoordigheid van alkohol om normaal te funksioneer (Fischer & Harrison, 2013:14; Bezuidenhout, 2004: 120). ’n Individu wat fisies afhanklik is van alkohol se liggaam het dus alkohol nodig om te funksioneer en die inname van alkohol neem voorrang bo enige ander aktiwiteit (Nordqvist, 2009). Wanneer ’n persoon fisies of sielkundig afhanklik is van alkohol, is hulle na bewering in ’n staat van alkoholisme (Lifestyle Karma, 2011).

Skrywers soos Enoch *et al.* (1999: 1312) en Fischer en Harrison (2013: 40) het geredeneer dat alkohol-afhanklikheid ’n primêre siekte is wat beteken dat alkohol-afhanklikheid nie sekondêr tot ander geestestoestande, soos byvoorbeeld angstigtheid en depressie, bestaan nie. Die gevoelens van skuld, depressie en selfmoordneigings wat alkohol-afhanklikes dikwels ondervind, ontwikkel tydens die fases van alkohol-afhanklikheid en is grootliks die gevolg van die oormatige inname van alkohol (Fischer & Harrison, 2013: 40).

Enige persoon kan afhanklik raak van alkohol. Daar is dus geen spesifieke kriteria vir alkohol-afhanklikheid nie en daarom kan alkoholiste van enige ouderdom, agtergrond, sosio-

ekonomiese status, sosiale- of etniese groep afkomstig wees (Parsons, 2003). Om van alkohol-afhanklik te raak kan by sommige individue 'n geleidelike proses wees wat selfs jare kan neem om in 'n probleem te manifesteer, maar vir vatbare individue kan afhanklikheid binne 'n paar maande ontwikkel (Nordqvist, 2009). Dit het tot gevolg dat dit vir maatskaplike werkers 'n uitdaging is om 'n individu met alkohol-afhanklikheid te diagnoseer. Diagnostiese kriterium kan dus vir maatskaplike werkers as riglyn dien om 'n individu met alkohol-afhanklikheid te diagnoseer. In die volgende afdeling word daar beoog om drie diagnostiese kriteria te bespreek.

2.4 DIAGNOSERING VAN ALKOHOL-AFHANKLIKHEID

Diagnose is die proses waar spesifieke toestande, byvoorbeeld alkohol-afhanklikheid geïdentifiseer en geëtiketteer word (About.com, 2013). Aangesien 'n diagnose 'n individu etiketteer met 'n sekere toestand, is dit noodsaaklik dat maatskaplike werkers oor die nodige kennis beskik om die toestand akkuraat te assesseer, want 'n verkeerde assessering kan 'n individu en hul gesin emosioneel en spiritueel ontwig. Dit is dus noodsaaklik dat daar kriteria is waarvolgens 'n diagnose gemaak word aangesien dit een toestand van 'n ander kan onderskei en die patrone van gedrag, fisiologiese- en sielkundige eienskappe van die toestand uiteensit (About.com, 2013; Fischer & Harrison, 2013: 114). Dit is verder ook noodsaaklik om 'n akkurate diagnose te maak sodat die betrokke individu by 'n toepaslike program kan inskakel of sodat toepaslike berading gebied word (Western Australian Drug and Alcohol Authority, 2012).

Navorsing (Raney, 2012; Gifford, Friedman & Majerus, 2010: 119; Orcutt & Rudy, 2003: 26; Levin, Culkin & Perrotto, 2001: 70) toon dat daar drie algemene wyses is wat benut kan word om alkohol-afhanklikheid te diagnoseer, naamlik die DSM-IV TR diagnostiese kriteria, Jellinek se vier fases van alkoholisme en Jellinek se vyf subtypes alkoholiste. Hierdie diagnostiese kriteria, wat verskil van mekaar, word in die volgende afdeling bespreek.

2.4.1 DSM-IV TR diagnostiese kriteria

Die Diagnostiese en Statistiese Handboek van Geestesversteurings (DSM) het sy vyfde uitgawe in 2013 vrygestel en dit bevat 'n lys van diagnostiese kriteria vir geestesversteurings wat die fokus van behandeling vir psigiaters, sielkundiges, maatskaplike werkers en geestelike gesondheidsberaders is (Fischer & Harrison, 2013:115). Aangesien hierdie diagnostiese kriteria die meeste deur maatskaplike werkers benut word om alkohol-afhanklikheid te diagnoseer, word die DSM-V-TR kriteria vir die doeleindes van hierdie studie bespreek (Myrick, 2006).

Vir maatskaplike werkers is dit noodsaaklik om daarop te let dat die DSM-V-TR se diagnostiese kriteria vir alkohol-afhanklikheid verskil van die DSM-V-TR. Volgens die DSM-

IV-TR word diagnose van alkohol-afhanklikheid in twee kategorieë verdeel naamlik alkoholmisbruik en alkohol-afhanklikheid. Twee afsonderlike kategorieë het baie verwarring in die praktyk veroorsaak en dus is daar besluit om in die DSM-V-TR net een kategorie vir alkoholmisbruik en alkohol-afhanklikheid te skep, naamlik **alkohol gebruiksafwyking**. Tabel 2.1 sit die verskil tussen die DSM-IV-TR en die DSM-V-TR se diagnostiese kriteria van alkoholmisbruik en alkohol-afhanklikheid uiteen (Medical criteria.com, 2010; Fischer & Harrison, 2013: 115)

Tabel 2.1: Vergelyking van DSM- IV met die DSM- V.

DSM- IV		DSM-V	
Enige 1= Alkoholmisbruik	Die aanhoudende inname van alkohol wat daartoe lei dat die individu nie daarin slaag om belangrike rolle by die werk, skool of tuis vervul nie (Soos byvoorbeeld: gereelde afwesigheid by die werk weens die inname van alkohol, swak werkprestasie weens die inname van alkohol, skorsings, of skorsings van skool; verwaarloos van kinders of huishouding).	1	Die gebruik van alkohol in groter hoeveelhede of oor 'n langer tydperk as wat beplan is (Sien DSM-IV kriterium 7).
	Aanhoudende gebruik van alkohol in situasies waar dit fisies gevaarlik is (Soos byvoorbeeld, bestuur van 'n motor of hanteer van 'n masjien onder die invloed van alkohol).	2	Die aanhoudende begeerte of mislukte pogings om die inname van alkohol te beheer of te verminder (Sien DSM-IV kriterium 8).
	Aanhoudende alkohol-verwante wetlike probleme (Soos byvoorbeeld, arrestasies vir wanordelike gedrag weens die inname van alkohol). ** Hierdie is nie ingesluit in die DSM-V nie**	3	'n Groot hoeveelheid tyd word spandeer aan aktiwiteite wat bydra om alkohol te bekom, alkohol in te neem of te herstel van vorige inname van alkohol (Sien DSM-IV kriterium 9).
	Voortgesette gebruik van alkohol ten spyte daarvan dat dit aanhoudend sosiale of interpersoonlike probleme veroorsaak of weens die feit dat alkohol-afhanklikheid bogenoemde vererger (Soos byvoorbeeld, argumente met eggenoot oor die gevolge van dronkenskap en fisiese gevegte).	4	Die individu ondervind 'n drang of sterk begeerte om alkohol in te neem. ** Hierdie is 'n nuwe kriterium in die DSM-V**
Enige 3= Alkohol-afhanklikheid	Toleransie soos gedefinieer deur een van die volgende: a) 'n Groter hoeveelheid alkohol word ingeneem om gewenste effek te bereik b) Die effek van dieselfde hoeveelheid alkohol verminder aansienlik	5	Die aanhoudende inname van alkohol wat daartoe lei dat die individu nie daarin slaag om belangrike rolle by die werk, skool of tuis te vervul nie (Sien DSM-IV kriterium 1).
	Onttrekking word ondervind, soos gemanifesteer deur een van die volgende: a) Die kenmerkende onttrekkingsindroom vir alkohol b) Alkohol word ingeneem om onttrekking te vermy of te verlig.	6	Voortgesette gebruik van alkohol ten spyte daarvan dat dit aanhoudend sosiale of interpersoonlike probleme veroorsaak of weens die feit dat alkohol-afhanklikheid bogenoemde vererger (Sien DSM-IV kriterium 4).
			Die teenwoordigheid van minstens 2 simptome dui op alkohol gebruiksafwyking. Die ernstigheid van alkohol gebruiksafwyking kan as volg uiteengesit word: Ligte: Die teenwoordigheid van 2 tot 3 simptome. Matige: Die teenwoordigheid van 4 of 5 simptome. Ernstige: Die

			teenwoordigheid van 6 of meer simptome.
	Die gebruik van alkohol in groter hoeveelhede of oor 'n langer tydperk as wat beplan is.	7	Om belangrike sosiale, beroeps- of ontspanningsaktiwiteite op te gee of te verminder sodat alkohol ingeneem kan word (Sien DSM-IV kriterium 10).
	Die aanhoudende begeerte of mislukte pogings om die inname van alkohol te beheer of te verminder.	8	Aanhoudende gebruik van alkohol in situasies waar dit fisies gevaarlik is (Sien DSM-IV kriterium 2).
	'n Groot hoeveelheid tyd word spandeer aan aktiwiteite wat bydra om alkohol te bekom, alkohol in te neem of te herstel van vorige inname van alkohol.	9	Die voortgaan om alkohol in te neem ten spyte van die kennis dat die aanhoudende inname van alkohol fisiese of sielkundige probleem veroorsaak of vererger (Sien DSM-IV kriterium 11).
	Om belangrike sosiale, beroeps- of ontspanningsaktiwiteite op te gee of te verminder sodat alkohol ingeneem kan word.	10	Toleransie soos gedefinieer deur een van die volgende: a) 'n Groter hoeveelheid alkohol word ingeneem om gewenste effek te bereik b) Die effek van dieselfde hoeveelheid alkohol verminder aansienlik (Sien DSM-IV kriterium 5).
	Die voortsetting van alkohol inname ten spyte van die kennis dat die aanhoudende inname van alkohol fisiese of sielkundige probleme veroorsaak of vererger (soos byvoorbeeld die inname van alkohol ten spyte daarvan dat die individu kennis dra dat die inname van alkohol hul maagseer vererger.	11	Onttrekking word ondervind, soos gemanifesteer deur een van die volgende: a) Die kenmerkende onttrekkingsindroom vir alkohol b) Alkohol word ingeneem om onttrekking te vermy of te verlig (Sien DSM-IV kriterium 6).

Met betrekking tot alkohol-afhanklikheid is dit uit Tabel 2.1 duidelik dat daar 'n definitiewe veranderinge vanaf die DSM-IV na die DSM-V bestaan. Die eerste verandering is onder andere die verandering van terminologie. Die DSM-IV het twee verskillende afwykings uitgelig, naamlik alkoholmisbruik en alkohol-afhanklikheid, wat albei hul eie kriteria van diagnose ingesluit het. In teenstelling hiermee het die DSM-V bogenoemde saamgesit en een afwyking geïdentifiseer as **alkohol gebruiksafwyking** wat oor drie onderafdelings beskik naamlik ligte, matige en ernstige alkohol gebruik.

'n Verdere verandering wat voorgekom het, is die verandering in kriteria. Die DSM-IV se diagnostiese kriteria vir alkoholmisbruik en alkohol-afhanklikheid was afsonderlik hanteer. Indien 'n individu een of meer van die "misbruik" kriteria (sien 1 tot 4) binne 'n tydperk van 12 maande ondervind, sal die individu 'n diagnose van alkoholmisbruik ontvang. Enige individu

wat drie of meer van die “afhanklikheid” kriteria (sien 5 tot 11) binne ’n tydperk van 12 maande ondervind, sal ’n diagnose van alkohol-afhanklikheid ontvang. Anders as die DSM-IV bestaan die DSM-V uit 11 kriteria en indien ’n individu binne ’n tydperk van 12 maande twee van die kriteria ondervind, ontvang hulle die diagnose van alkohol gebruiksafwyking. Die ernstigheid van alkohol gebruiksafwyking word bepaal deur die hoeveelheid kriteria waaraan ’n individu voldoen en wordgeplaas in die drie sub-afdelings, naamlik ligte, matige en ernstige gebruik van alkohol.

2.4.2 Jellinek se fases van alkoholisme

Die volgende diagnostiese kriteria wat bespreek gaan word is Jellinek (1952) se vier fases van alkoholisme naamlik die pre-alkoholiese-, prodromale alkoholiese-, kritieke alkoholiese- en kroniese fases (Fischer & Harrison, 2013: 40; Milhorn, 1994: 33; Myers & Isralowitz, 2011: 34). Hierdie fases hoef nie in kronologiese volgorde voor te kom om die individu as ’n alkohol-afhanklike te klasifiseer nie en dit is ook moontlik dat die alkohol-afhanklike nie al vier die fases ervaar nie.

Die **eerste fase** wat Jellinek geïdentifiseer het is die **pre-alkoholiese fase**. Tydens die pre-alkoholiese fase word die individu se inname van alkohol beskou as sosiaal van aard en alkohol word ingeneem sonder enige negatiewe gevolge (Gifford *et al.*, 2010:119). Jellinek het aangedui dat daar aan die begin van die fase geen beheptheid met die inname van alkohol is nie en die drinkers het steeds beheer oor die hoeveelheid alkohol wat ingeneem word (Bailey, 2007). Tydens hierdie fase is pre-alkoholiste geneig daartoe om sielkundige verligting deur die inname van alkohol te ervaar aangesien hulle spanning groter as die van ander individue is, of hulle is nie instaat om spanning te hanteer sonder die inname van alkohol nie. (Kinney, 2006: 75; Rudy, 1986: 81; Fischer & Harrison, 2013: 40; Myers & Isralowitz, 2011: 34). Die individu beskou dus alkohol as ’n verligter van spanning, aangesien alkohol ’n valse illusie van rustigheid skep en daarom word daar na geleenthede gesoek waar alkohol gebruik kan word (Schleprock, 2012). Hierdie fase kan strek vanaf ’n paar maande tot twee jaar, wat beteken dat die individu se toleransie geleidelik verhoog (Mogul, 2013; Kinney, 2006: 77).

Tydens die **tweede fase** van alkoholisme, ook bekend as die **vroeë- of prodromale alkoholiesefase**, tree alkoholmisbruik na vore (Bailey, 2007) en die inname van alkohol is tydens hierdie fase meer ernstig van aard maar nog nie opvallend nie (Kinney, 2006: 77). Die inname van alkohol is nie meer sosiaal van aard nie en die individu is meer geneig daartoe om ’n paar alkoholiese drankies te neem voor ’n sosiale geleentheid bygewoon word (SoberRecovery.com, 2008; Kinney, 2006: 77). Hierdie alkoholiese drankies word skelm ingeneem en sodoende begin skuldgevoelens te ontwikkel en roekelose gedrag kom na vore soos byvoorbeeld om na werk na ’n kroeg te gaan eerder as huistoe (Schleprock, 2012).

Tydens hierdie fase begin drinkers glo dat hulle nie kan funksioneer sonder die inname van alkohol nie en daarom word alkohol beskou as 'n noodsaaklike middel om alledaagse spanning en probleme te hanteer (Gifford *et al.*, 2010: 119). Hierdie fase word verder gekenmerk deur “blackouts” wat dui op periodes waar dit voorkom asof die individu normaal funksioneer, maar later geen geheue van gebeure het nie (Kinney, 2006: 77; Fischer & Harrison, 2013: 40; Rudy, 1986: 81). Die fase kan strek tussen ses maande tot en met vyf jaar, afhangende van die persoon se omstandighede (Kenny, 2006: 77).

Jellinek se **derde fase** van alkoholisme is die **kritieke alkoholiese fase** wat gekenmerk word deur die verloor van beheer (Gifford *et al.*, 2010: 119; Milhorn, 1994: 38; Fischer & Harrison, 2013: 40; Rudy, 1986: 82; McCrady & Epstein, 1999: 270). Dit is belangrik om daarop te let dat die individu steeds instaat is om die inname van alkohol te vermy, maar wanneer die eerste drankie geneem word, verloor die individu totale beheer en die individu verval in 'n toestand van dronkenskap (Kinney, 2006: 77). Die individu is selfs geneig daartoe om reeds in die oggend te begin drink (Blocker, Fahey & Tyrrel, 2003: 33; Myers & Isralowitz, 2011: 34). Wanneer die individu in 'n toestand van dronkenskap verval begin anti-sosiale gedrag na vore kom aangesien die individu se lewe rondom die inname van alkohol draai (Kinney, 2006: 77). Dit het tot gevolg dat die individu se verhoudings met hul vriende en familie verswak, hulle kan hul werk verloor, persoonlikheidsveranderinge vind plaas en die individu raak behep daarmee om die inname van alkohol te beskerm en 'n geheim te hou (Fischer & Harrison, 2013: 40).

Die finale fase is die **kroniese alkoholiese fase** (Raney, 2012). Die inname van alkohol en dronkenskap word 'n daaglikse verskynsel en die fase word gekenmerk deur ernstige ontrekkingsimptome (byvoorbeeld bewerigheid, sweet en hallusinasies) indien alkohol nie ingeneem word nie (Fisher, 2011: 20; Myers & Isralowitz, 2011: 34; Kinney, 2006: 7; Rudy, 1986: 82). Volgens Jellinek (1952) ontwikkel die individu 'n primêre verhouding met alkohol en dit geniet voorrang bo enige ander aktiwiteit (Fischer & Harrison, 2013: 40). Tydens Jellinek se eerste drie fases van alkoholisme is dit moeilik om die individu te oorreed om in te skakel by 'n rehabilitasieprogram, maar in die kritieke alkoholiese fase begin die individu besef hulle is afhanklik van alkohol en dus is die individu meer oop om behandeling te ontvang (Kenny, 2006: 78).

Dit is baie belangrik om Jellinek se vier fases van alkoholisme in ag te neem wanneer die toestand, alkohol-afhanklikheid gediagnoseer word. Die rede daarvoor is dat Jellinek se vier fases van alkoholisme as 'n riglyn kan dien van hoe gevorderd die toestand is en hoe die alkohol-afhanklike benader moet word. Aangesien elke fase oor verskillende kenmerke beskik, die fases nie in kronologiese volgorde hoef plaas te vind nie en die tydsduur van die fases verskil, is dit noodsaaklik dat bogenoemde fases deur professionele

gesondheidsorgwerkers bestudeer word. Uit bogenoemde kan daar dus verstaan word dat dit noodsaaklik is dat 'n maatskaplike werker bekend is met Jellinek se vier fases van alkoholisme sodat alkohol-afhanklikheidskorrek gediagnoseer kan word en die individu toepaslike berading ontvang.

Jellinek het aangedui dat sy vier fases van alkoholisme nie omvattend genoeg is om 'n individu te diagnoseer met alkohol-afhanklikheid nie, weens die feit dat 'n individu se karaktereenskappe en persoonlikheidstipe tydens die vier fases van alkoholisme nie in ag geneem word nie (Kinney, 2006: 78). Daarom het hy vyf subtypes alkoholiste geïdentifiseer om die diagnostiese proses meer akkuraat te maak.

2.4.3 Jellinek se vyf vorms van alkoholisme

Alkoholiste was die eerste keer geklassifiseer deur Jellinek (1960) met inagneming van die sosiale, sielkundige en mediese aspekte wat aanleiding gee tot die gebruik van alkohol (Lifestyle Karma, 2011). Jellinek het 'n onderskeid getref tussen vyf subtypes alkoholiste naamlik: alpha-, beta-, gamma-, delta- en epsilon alkoholiste (Leggio, Kenna, Fenton, Bonenfant & Swift, 2009: 116).

Die eerste sub tipe wat Jellinek uitgelig het was die **alpha-alkoholis**. Volgens Jellinek en ander skrywers (Fisher, 2011: 9; Myers & Isralowitz, 2011: 35; Kominars & Kominars, 1996: 15) dui die alpha-alkoholis op 'n suiwer sielkundige afhanklikheid van alkohol. Dit beteken dat die individu nie oor die nodige vermoëns beskik om die inname van alkohol te weerstaan nie en verloor sodoende totale beheer oor die inname van alkohol (Kinney, 2006: 78; Blum & Payne, 1991: 90). Dit het tot gevolg dat die alkoholis gereeld 'n oortollige hoeveelheid alkohol inneem en op so 'n wyse probeer om beheer te neem van sielkundige probleme, soos byvoorbeeld depressie, spanning of angste (Lalwani, 2010). Volgens Jellinek neem hierdie drinker alkohol in, tydens enige ongemaklike en problematiese situasie wat kan lei tot interpersoonlike- en gesinsprobleme (Kinney, 2006: 78).

Jellinek se tweede sub tipe is die **beta-alkoholis**. Die beta-alkoholis is nie noodwendig sielkundig of fisies afhanklik van alkohol nie, maar weens die voortdurende inname van alkohol kan fisiese en sielkundige probleme na vore kom; byvoorbeeld sirroose van die lewer en demensia (Fisher, 2011: 9; Lalwani, 2010). Volgens Kinney (2006: 78) en Myers en Isralowitz (2011: 35) sal die beta-alkoholis meer waarskynlik voorkom indien 'n individu se kultuur van so aard is dat alkohol vrylik beskikbaar is en 'n onvoldoende dieet gevolg word.

Die derde sub tipe is deur Jellinek geïdentifiseer as die **gamma-alkoholis**. 'n Gamma-alkoholis is instaat om vir 'n tydperk geen alkohol in te neem nie, maar wanneer hulle begin, kan hulle voortgaan vir 'n lang tydperk en dan is dit byna onmoontlik om te stop (Kinney, 2006: 78). Indien die alkohol-afhanklike probeer om die inname van alkohol te stop, kan

ernstige onttrekkingsimptome (soos byvoorbeeld bewerigheid) ervaar word. Die individu se toleransievlak is ook geneig om te verhoog en dus moet die individu 'n groter hoeveelheid alkohol inneem om dieselfde effek as tevore te ervaar (Wormer & Davis, 2013: 88). Soos wat die gamma-alkoholis meer alkohol inneem en meer onttrekkingsimptome ervaar, begin die individu redeneer dat hulle nie normaal kan funksioneer sonder die inname van alkohol nie en sodoende word die individu sielkundig of fisies afhanklik van alkohol (Blum & Payne, 1991: 90; Kenney, 2006: 78). Daarom kan die gamma-alkoholis dus beide sielkundig en fisies afhanklik van alkohol wees. Leggio *et al.* (2009: 116) en Kenney (2006: 78) het bygedra tot Jellinek se sieing dat die gamma-alkoholis die mees algemene alkohol-afhanklikheidssubtipe verteenwoordig wat in die VSA voorkom.

Die vierde subtipe wat Jellinek geïdentifiseer het is die **delta-alkoholis**. Jellinek en ander skrywers (Wormer & Davis, 2013: 88; Kenney, 2006: 79) het die mening gehuldig dat delta-alkoholiste baie ooreenstem met gamma-alkoholiste aangesien beide sielkundig en fisies afhanklik van alkohol kan wees, onttrekkingssimptome (soos byvoorbeeld bewerigheid) kan ervaar en verhoogde toleransie mag hê. Anders as die gamma-alkoholis bly die delta-alkoholis steeds in beheer van die inname van alkohol en verloor nie totale beheer nie. Om enige onttrekkingsimptome te voorkom, neem die delta-alkoholis konstant 'n klein hoeveelheid alkohol in (Blum & Payne, 1991: 90; Lalwani, 2010).

Die laaste subtipe wat deur Jellinek geïdentifiseer is, is die **epsilon-alkoholis**. Jellinek het uitgewys dat die epsilon-alkoholis baie anders is as die voorafgaande alkoholiste aangesien hierdie tipe alkoholiste gekenmerk word deur die oormatige inname van alkohol (Blum & Payne, 1991: 90; Wormer & Davis, 2013: 88; Kenney, 2006: 79). Die epsilon-alkoholis dui daarop dat die individu 'n lang tydperk van soberheid handhaaf, maar sodra hulle begin drink, hou hulle aan totdat hulle bewussyn verloor (Lalwani, 2010).

Uit die bogenoemde is dit duidelik dat die alpha-alkoholis suiwer sielkundig afhanklik van alkohol is, terwyl die gamma- en delta-alkoholiste beide fisies en sielkundig van alkohol afhanklik is. Alkohol-afhanklikheid kan verder ook voorkom weens 'n individu se kultuur of deur 'n onvoldoende dieet te volg byvoorbeeld die beta-alkoholis. Dit is duidelik dat die verskillende alkoholiste oor verskillende eienskappe beskik en verskillende motiewe het waarom alkohol ingeneem word. Vir 'n maatskaplike werker om die toestand, alkohol-afhanklikheid, akkuraat te diagnoseer en die alkohol-afhanklike op die regte wyse te benader, is dit van uiterse belang om Jellinek se vyf subtipes van alkoholiste tydens diagnosering in ag te neem.

2.5 DIE REDES WAAROM MENSE GENEIG IS OM ALKOHOL IN TE NEEM

In die voorafgaande afdeling is daar vasgestel dat daar verskillende sub tipe alkoholiste is en elkeen het hul eie karaktereienskappe en 'n ander rede waarom alkohol ingeneem word. Daar word dus in die volgende afdeling die redes bespreek waarom 'n individu alkohol inneem.

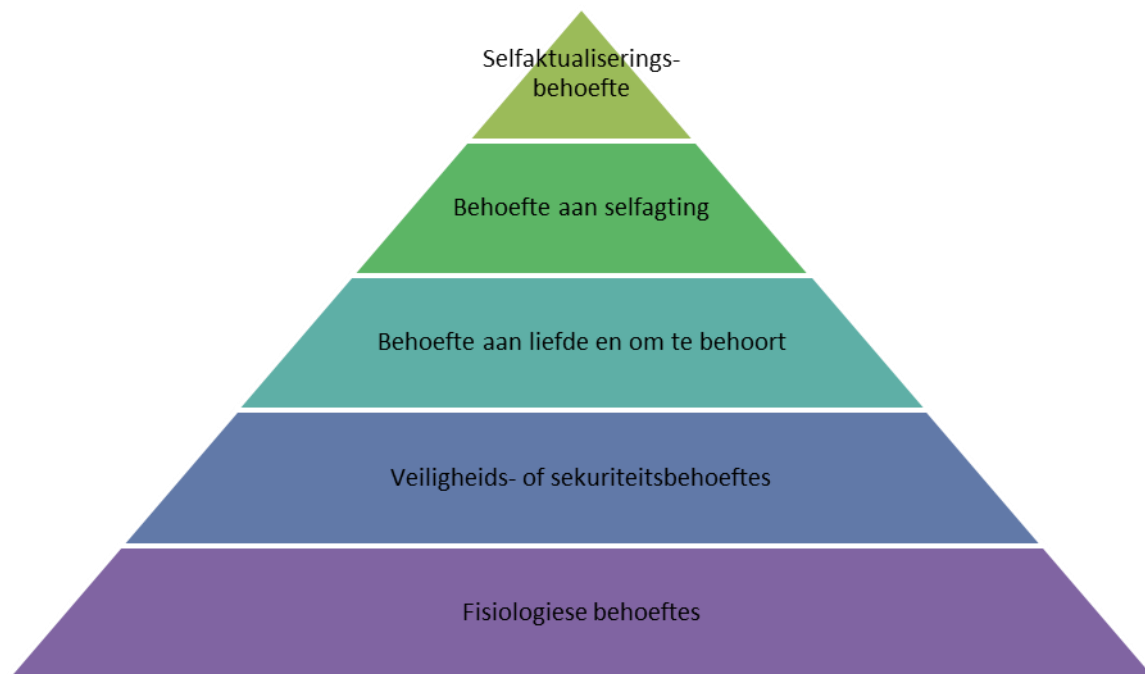
Baie individue is geneig om alkohol in te neem om hul selfvertroue te verhoog, om iets nuuts te probeer, om ontspanne te voel, om te vergeet van probleme tuis of by die werk, om te vergeet van 'n traumatiese gebeurtenis en om in te pas by 'n vriendekring (Mandelíková, 2010: 4; Moelker, 2008; Galvani, 2012: 15; McCann, Burnhams, Albertyn & Bhoola, 2011: 50; Mordey, 2012). Verder kan 'n gebrek aan spirituele- en ouerleiding, geestesongesteldheid, werkloosheid, eensaamheid asook die aard van 'n individu se omgewing bydrae dat 'n individu alkohol inneem (Blair, 2011; GoodTherapy.org, 2014; McCann, *et al.*, 2011: 51; Gifford *et al.*, 2010: 30; Hevey, 2007; Bennett, 2013). Spanning weens gesinsverwante kwessies, byvoorbeeld finansiële probleme, oneffektiewe kommunikasiepatrone tussen gesinslede en oormatige konflik kan ook veroorsaak dat 'n individu alkohol inneem (Coodepence Freedom.com, 2010; Fischer & Harrison, 2013: 103).

Galavani (2012: 15) het aangedui dat die vernaamste rede waarom 'n individu alkohol inneem is om aan hul basiese behoeftes te voldoen en Fox en Wilson (2011: 76) was van mening dat 'n individu ongetwyfeld alkohol inneem om die gebrek of afwesigheid van behoeftes, te vervul. Deur te fokus op Fox en Wilson, sowel as Galavani se bevindinge, kan Maslow se hiërargie van basiese behoeftes 'n toepaslike teorie wees wat benut kan word om die rede waarom 'n individu alkohol inneem te verduidelik (Mosley, 2011).

2.6 DIE BEHOEFTE VAN 'N INDIVIDU WAT VAN ALKOHOL AFHANKLIK IS

In hierdie afdeling word Maslow (1945) se hiërargie van basiese behoeftes bestudeer en daarvolgens die redes vir alkohol-afhanklikheid uit te lig. Deur Maslow se hiërargie van basiese behoeftes te benut, kan die behoeftes van 'n individu wat van alkohol afhanklik is, vasgestel word.

Volgens Maslow (1945), kan menslike gedrag verklaar word na aanleiding van 'n individu se strewe na die bereiking van persoonlike doelwitte (De Wet, 1999; Huitt, 2007). Maslow (1945) is van mening dat gesonde mense 'n sekere aantal behoeftes het en hierdie behoeftes word in 'n hiërargie gerangskik (Burton, 2012). Maslow se sogenaamde "hiërargie van behoeftes" word dikwels as 'n vyf-vlak piramide voorgestel en die behoeftes is as volg geïdentifiseer: fisologiese behoeftes, veiligheids- of sekuriteitsbehoefte, behoefte aan liefde en om te behoort, behoefte aan selfagting en self-aktualiseringsbehoefte. Hierdie behoeftes word grafies in Figuur 2.1 geïllustreer.



Figuur 2.1: Maslow se hierargie van behoeftes

Volgens Maslow (1945) se hiërargie moet daar eers aan 'n individu se basiese behoeftes voldoen word voordat hulle na 'n volgende vlak van behoeftes kan skuif (Johnson & Yanca, 2007: 7). 'n Individue kan nie konsentreer op die bereiking van die ander vlakke van hul behoeftes alvorens daar nie aan hul basiese behoeftes voldoen is nie (De Wet, 1999; Fields, 2012). Vir individue wat van alkohol afhanklik is, is dit 'n groot uitdaging (Fox & Wilson, 2011: 76). Hierdie behoeftes word vervolgens bespreek en in verband gebring met alkohol-afhanklikheid.

2.6.1 Fisiologiese behoeftes

Die eerste vlak van Maslow se hiërargie van behoeftes is die fisiologiese behoeftes. Die fisiologiese behoeftes is die mees basiese en primêre behoeftes van elke mens (Fields, 2012; Tikkanen, 2007: 722). Volgens Maslow sluit die fisiologiese behoeftes die behoefte aan kos, water, suurstof, slaap, om asem te haal en hitte in (Mosley, 2011; Sarma & Van der Hoek, 2004). Hierdie behoeftes moet bevredig word voordat die persoon na die volgende vlak van behoeftes kan beweeg (Cherry, 2013).

Indien die behoefte op die eerste vlak van Maslow se hierargie onbevredig bly, sal die individu nooit die behoefte om na die volgende vlak te beweeg, ontwikkel nie en sal die individue se huidige omstandighede hul bestaan oorheers. Dit veroorsaak dat individue alkohol begin misbruik om hulle fisiologiese behoeftes te bevredig. Alkohol is egter nie 'n ware behoefte vuller nie en verdoof net die pyn van die onvervulde behoeftes (Fox & Wilson, 2011: 76; De Wet, 1999). Dit gee uiteindelik daartoe aanleiding dat 'n groter hoeveelheid alkohol ingeneem word met die doel om hul fisiologiese behoeftes te vervul. Dit skep 'n valse

werklikheid vir die misbruiker endie onvervulde behoeftes veroorsaak dus dat die persoon nie in staat is om na die volgende vlak van behoeftes beweeg nie.

2.6.2 Veiligheids- of sekuriteitsbehoefte

Nadat die individu se fisiologiese behoeftes bevredig is, ontstaan 'n behoefte aan veiligheid en sekuriteit (Burton, 2012; Sarma & Van der Hoek, 2004). Op hierdie vlak streef 'n individu daarna om 'n redelike mate van sekerheid, orde, struktuur en voorspelbaarheid in hul lewe te verseker (Cherry, 2013; Riley, 2012). Indien alle veiligheids- of sekuriteits behoeftes nie vervul word nie kan 'n individu alkohol inneem aangesien alkohol as 'n veiligheidskombers dien (De Wet, 1999). Die inname van alkohol skep 'n valse gevoel van sekuriteit en die individu raak obsessief met die gevoel wat alkohol na vore bring. Individue dring daarop aan dat alkohol hul behoefte aan veiligheid en sekuriteit vervul en sodoende bly hulle op hierdie vlak van behoeftes vasgevang.

2.6.3 Behoefte aan liefde en om te behoort

Die derde behoefte wat Maslow geïdentifiseer het, is die behoefte aan liefde en om iewers te behoort. Hierdie behoefte kom na vore wanneer die fisiologiese- en sekuriteitsbehoefte bevredig is en sluit die strewe na liefdevolle verhoudings met ander in (Fields, 2012; Burton, 2012; Scanga, 2010). Indien die individu nie daarin slaag om 'n betekenisvolle verhouding met ander persoon te hê nie, is hulle meer geneig daartoe om alkohol in te neem (De Wet, 1999). Die rede vir die inname van alkohol is dus om 'n gevoel van behoort te ontwikkel, maar weens alkoholmisbruik word minimale liefde deur ander ontvang en die individu voel meer alleen. Die vervulling van die behoefte deur die inname van alkohol is dus vals en die individu word vasgevang op hierdie vlak van behoeftes.

2.6.4 Behoefte aan selfagting

Maslow se vierde vlak van behoeftes is die behoefte aan selfagting. Die behoefte aan selfagting word in twee verdeel naamlik selfrespek en -agting (Sarma & Van der Hoek, 2004). Selfrespek sluit die behoefte vir bekwaamheid, vertroue, persoonlike krag, prestasie en onafhanklikheid in (Riley, 2012; Fields, 2012). Dit is die behoefte wat elke mens het om te weet dat hulle 'n waardevolle mens is. Selfagting sluit die behoefte vir status, erkenning, aanvaarding, waardering en goeie reputasie in (Cherry, 2013; Johnson & Yanca, 2007: 7). Die onvermoë om hierdie behoeftes te bevredig lei tot gevoelens van minderwaardigheid, swakheid en hulpeloosheid (De Wet, 1999). Die inname van alkohol stel 'n individu dus instaat om bogenoemde gevoelens te hanteer of te onderdruk. 'n Individue kan ook alkohol inneem om 'n goeie selfbeeld te ontwikkel. Weens die inname van alkohol raak 'n individu vasgevang in hierdie behoefte en sal nooit daarin slaag om die selfaktualisering behoeftes te vervul nie.

2.6.5 Selfaktualiseringsbehoefte

Die laaste vlak van Maslow se hiërargie van behoeftes is die selfaktualiseringsbehoefte. Wanneer al die voorafgaande behoeftes bevredig is, kan die individu fokus op die selfaktualiseringsbehoefte (Fox & Wilson, 2011: 75). Die behoefte kan vervul word deur byvoorbeeld die uitlewing van ouerskap, prestasie op skool of om byvoorbeeld 'n uitstekende rekenmeester te wees (Burton, 2012). Indien daar nie in bogenoemde voldoen word nie, kan 'n individu soos 'n mislukking voel en sodoende hulself tot alkohol wend om die gevoel van mislukking te onderdruk.

Elke vlak in Maslow se hiërargie van behoeftes word gekenmerk deur spesifieke behoeftes. Indien daar aan die behoeftes van een vlak voldoen word, is die individu instaat om die volgende vlak van behoeftes te ontwikkel. Uit voorafgaande is dit duidelik dat 'n individu se begeerte om aan hul behoeftes te voldoen, veroorsaak dat hulle alkohol inneem om aan hierdie onvervulde behoeftes te voorsien. In teenstelling hiermee veroorsaak die inname van alkohol dat daar nie aan die individu se behoeftes voldoen word nie, weens die feit dat alkohol 'n valse illusie van vervulde behoeftes skep. Die alkohol-afhanklike individu is sodoende onder die valse indruk dat alkohol hul behoeftes vervul. Die enigste wyse waarop 'n individu aan hul behoeftes kan voorsien, is as die individu staak om alkohol te gebruik.

2.7 IMPAK VAN ALKOHOL-AFHANKLIKHEID OP DIE GESIN

Die grootste tragedie van alkohol-afhanklikheid is dat dit nie net 'n verwoestende effek op die alkohol-afhanklike toon nie, maar ook op individue rondom hulle. Statistiek (Rodrigo, 2009: 106) dui daarop dat die alkohol-afhanklike se gedrag 'n direkte invloed op minstens vier individue rondom hulle se denke, gevoelens en optrede het. As die naaste sisteem waarmee die alkohol-afhanklike daaglik in aanraking kom, is dit onvermeidelik dat die alkohol-afhanklike se gedrag die gesin negatief beïnvloed. Die alkohol-afhanklike kan 'n huweliksmaat, broers, susters, kinders, ouers en uitgebreide familieledede hê wat negatief beïnvloed word deur die inname van alkohol (Velleman *et al.*, 1993:1281). Weens die groot hoeveelheid gesinslede wat negatief beïnvloed word deur alkohol-afhanklikheid, word dit deur mediese kringe en die samelewing as 'n gesinsiekte beskou (Mattoo, Nebhinnani, Kumar, Basu & Kulhara, 2013: 705).

Gesinne waar alkohol-afhanklikheid voorkom word dikwels gekenmerk deur konflik, lae vlakke van samehorigheid, chaos, swak kommunikasiepatrone, onvoorspelbaarheid, teenstrydighede in boodskappe, lae frustrasie-toleransie, werkloosheid, verwaarlosing, egskedings, ineenstorting van rituele en familie reëls sowel as emosionele en fisiese mishandeling (Athealth.com, 2011; Straussner & Fewell, 2009: 11; Kaufman & Yoshioka, 2005: 28; Copello, Velleman & Templeton, 2005: 370). Dit is duidelik dat alkohol-afhanklikheid blywende en vernietigende effekte op die gesinslede het en dus is dit

onvermeidelik dat alkohol-afhanklikheid die gesinslede se psigiese, emosionele en fisiese gesondheid belemmer. Die gesin benodig sodoende professionele ondersteuning om bogenoemde te hanteer (Hevey, 2007; Rodrigo, 2009: 106).

Dit is duidelik dat alkohol-afhanklikheid nie net 'n negatiewe impak op die alkohol-afhanklike toon nie, maar ook die gesin. Alkohol-afhanklikheid kan die gesin heeltemal uitmekaar skeur asook die gesinstruktuur ontwrig. In die volgende afdeling word daar spesifiek gefokus op hoe alkohol-afhanklikheid die gesinstruktuur ontwrig.

2.8 ONTWRIGTING VAN DIE GESINSTRUKTUUR

Velleman *et al.* (1993:1282) het die mening gehuldig dat alkohol-afhanklikheid die gesinstruktuur heeltemal kan ontwrig en 'n blywende effek op gesinslede kan agterlaat. Aspekte van die gesinstruktuur wat deur alkohol-afhanklikheid beïnvloed word, is onder andere die roetine in 'n gesin, rolle van gesinslede, kommunikasiepatrone tussen gesinslede, rituele van die gesin sowel as die sosiale lewe van die gesin. Bogenoemde word vervolgens in meer diepte bespreek.

2.8.1 Roetine in die gesin

'n Gesin se daaglikse roetine word as uiters belangrik beskou aangesien dit stabiliteit, struktuur en voorspelbaarheid skep (Haugland, 2005: 226; Steinglass, Bennett, Wolin & Reiss, 1987: 63). Kinders wat in 'n huishouding groot word met 'n daaglikse roetine, is meer geneig daartoe om fisies gesond te wees en oor goeie sosiale vaardighede te beskik. Verder is kinders wat in huishoudings groot word met 'n roetine, minder geneig daartoe om met onwettige middele te eksperimenteer (Shelly, 2010).

In 'n gesin waar alkohol-afhanklikheid voorkom word 'n gesin se roetine geweldig ontwrig of daar kan selfs geen roetine aanwesig wees nie (Haugland, 2005: 225; Maton, Schellenbach, Leadbeater & Solarz, 2004: 140). Die probleem met alkohol-afhanklikheid is dat die alkohol-afhanklike se gedrag onvoorspelbaar is en daarom is dit vir die gesin uiters moeilik om enigiets vooruit te beplan of om by 'n bekende roetine te hou (Alcohol concern, 2006). “Sal die alkohol-afhanklike in 'n geskikte toestand wees om die kind by die skool te gaan optel?”, “wanneer sal die alkohol-afhanklike by die huis kom en in watter toestand?” of “moet etes bedien word of nie?” is vrae wat gedurig opduik in 'n huishouding waar alkohol-afhanklikheid voorkom (Alcohol concern, 2006).

2.8.2 Rolle van gesinslede

Die voorkoms van alkohol-afhanklikheid in die gesin is instaat om die rolle van gesinslede in verhouding tot mekaar, heeltemal te verander (Alcohol concern, 2006; Parsons, 2003). In die meeste gesonde gesinne word die take wat verrig moet word tussen die gesinslede

verdeel; byvoorbeeld een persoon bestuur die gesin se finansies, die ander hou toesig oor die kinders, een is verantwoordelik vir die instandhouding van die tuin terwyl die ander een kos kook (Fischer & Harrison, 2013: 205). Indien alkohol-afhanklikheid in 'n gesin voorkom is bogenoemde rolle geneig om drasties te verander. In 'n so 'n gesin neem die ander gesinslede verantwoordelikheid vir die alkohol-afhanklike se take en verpligtinge anders bly take onafgehandel (Alcohol concern, 2006; Velleman *et al.*, 1993:1281). Die nie-alkoholiese eggenoot is geneig om die rolle van beide ouers oor te neem aangesien die alkohol-afhanklike waarskynlik nie daarin slaag om hul ouerlike pligte na te kom nie. Uiteindelik word al die take (finansies, dissipline, inkopies en skoonmaak), een gesinslid se verantwoordelikheid (Alcohol concern, 2006).

2.8.3 Kommunikasie tussen gesinslede

'n Verdere aspek van die gesinstruktuur wat deur alkohol-afhanklikheid beïnvloed word, is die aard van kommunikasie tussen gesinslede (Alcohol concern, 2006). In gesinne waar alkohol-afhanklikheid voorkom word kommunikasie tussen gesinslede baie krities, knaend, veroordelend en blamerend (Athealth.com, 2011). Die gesinslede slaag nie meer daarin om positiewe gesprekke met mekaar te voer nie en alkohol word die vernaamste onderwerp van gesprekke (Alcohol concern, 2006; Speed Coverage, 2012). Kommunikasie tussen gesinslede kan ook belemmer word weens die feit dat die alkohol-afhanklike weier om oor hul probleem te praat, selfs al is dit duidelik dat alkohol hul lewe oorheers en die gesin se funksionering negatief affekteer (Alcohol concern, 2006).

2.8.4 Rituele in die gesin

Rituele word gedefinieer as 'n geleentheid of dag wat spesiaal is en anders is as ander dae byvoorbeeld verjaarsdae, troues en Kersfees (Segrin & Flora, 2005: 61; Steinglass *et al.*, 1987: 65). Gesinsrituele kan ook daaglikse interaksiepatrone, soos byvoorbeeld aandete wees (Haugland, 2005: 226). Hierdie geleenthede word as belangrik geag, aangesien dit daarop gerig is om die verhouding tussen gesinslede te versterk sowel as struktuur en stabiliteit vir die gesinslede te bied (Reddy, 2009: 46).

Die alkohol-afhanklike kan rituele soos 'n verjaarsdag as die ideale situasie beskou waar hulle die inname van alkohol regverdig (Alcohol concern, 2006; Seixas & Youcha, 1985: 35). Daarom is die gesin van die alkohol-afhanklike meer geneig daartoe om familie byeenkomste, soos byvoorbeeld 'n troue, te vermy aangesien hulle alkohol-afhanklikheid vir die res van die familie wil wegsteek of die gesin is net te bang dat die alkohol-afhanklike die geleenthede sal bederf (Alcohol concern, 2006). By familie byeenkomste kan die alkohol-afhanklike se gesinslede gespanne en senuweeagtig raak of net bloot hulself ontstel weens 'n voorval wat onvermeidelik gebeur (Alcohol concern, 2006; Seixas & Youcha, 1985: 20). In 'n gesin waar alkohol-afhanklikheid voorkom kan geleenthede dikwels misgekyk of van

vergeet word, soos byvoorbeeld 'n kind se verjaarsdag waar planne en voorbereidings op die laaste minuut geskied en minimaal van aard is (Alcohol concern, 2006).

2.8.5 Sosiale lewe van die gesin

Alkohol-afhanklikheid kan ook die sosiale lewe van die gesin beperk. Die meeste individue met 'n ouer of lewensmaat wat van alkohol afhanklik is, vind dit uiters moeilik om met ander daaroor te praat aangesien alkohol-afhanklikheid asook die gepaardgaande gedrag van die alkohol afhanklike as 'n skande of verleentheid beskou word (Alcohol concern, 2006). Die gesin is dus geneig daartoe om hulself van 'n vriendekring te onttrek en sodoende geïsoleerd te raak.

Die sosiale verleentheid wat gepaard gaan met alkohol-afhanklikheid en die onvoorspelbaarheid van die alkohol-afhanklike se gedrag, maak dit vir die gesin baie moeilik om vriende of uitgebreide familieleden uit te nooi om hulle te besoek (Speed Coverage, 2012). Die alkohol-afhanklike se gesin wil ook nie uitnodigings na ander byeenkomste aanvaar nie. Die gesinis dus meer geneig daartoe om hulself sosiaal te isoleer deur sosiale geleenthede te vermei en bloot by die huis te bly (Hevey, 2007; Alcohol concern, 2006).

Deur te kyk na die impak wat alkohol-afhanklikheid op 'n gesin se roetine, die rolle van gesinslede, kommunikasie tussen gesinslede, die rituele van die gesin sowel as die gesin se sosiale lewe het, is dit noodsaaklik om daarop te let dat gesinslede van 'n alkohol-afhanklike 'n baie uitdagende, spanningsvolle en moeilike tyd deurmaak. Dit is dus duidelik dat 'n maatskaplike werker nie net dienste aan die alkohol-afhanklike kan lewer nie, maar daar moet ook op die res van die gesin en uitgebreide familie gefokus word. In die volgende afdeling word daar spesifiek gefokus op die impak wat alkohol-afhanklikheid op die huwelik sowel as die nie-alkoholiese eggenoot het.

2.9 ALKOHOL-AFHANKLIKHEID EN DIE HUWELIK

Die verhouding wat geneig is om die meeste deur alkohol-afhanklikheid beïnvloed te word, is die huwelik (Seacliff Recovery Centre, 2012; Reddy, 2009: 39). Volgens O'Farrel (1989: 23) en Marshall (2003: 959), het baie alkohol-afhanklikes omvattende huweliksprobleme en daarom is dit van kardinale belang om tydens dienslewering op die huwelik te fokus. In die volgende afdeling word daar na die effek wat alkohol-afhanklikheid op die nie-alkoholiese eggenoot sowel as die huwelik het, te bespreek. Verder word die verband tussen alkohol-afhanklikheid, egskedings en huweliksgeweld uitgelig.

2.9.1 Effek op die nie-alkoholiese eggenoot

Die misbruik van alkohol het 'n negatiewe effek op die maat van 'n alkohol-afhanklike (Parsons, 2003). Volgens Reddy (2009: 40) is alkohol-afhanklikes dikwels ongemotiveerd om

huweliksberading te ontvang en sodoende moet die nie-alkoholiese eggenoot hul eie hanteringsmeganismes ontwikkel. Weens die alkohol-afhanklike se ongemotiveerdheid om berading te ontvang en hul gemoeds- en gedragsveranderinge, is die nie-alkoholiese eggenoot geneig om gevoelens van haat en selfbejammering te ontwikkel, sosiale kontak te vermy sowel as emosionele en fisiese uitputting te ondervind (Reddy, 2009: 39; Parsons, 2003).

Wanneer alkohol-afhanklikheid in 'n huwelik voorkom, word die nie-alkoholiese eggenoot nie afhanklik van alkohol nie, maar raak die nie-alkoholiese eggenoot verantwoordelik vir die versorging en onderhoud van die alkohol-afhanklike (Bird, 2010; Mogul, 2013). Die nie-alkoholiese eggenoot neem die rol as versorger aan en word sodoende heeltemal behep met die wegsteek van die alkohol-afhanklikheid en hulle is ook geneig om die alkohol-afhanklike se onaanvaarbare gedrag te rasionaliseer en te regverdig (Perkins, 2007). Hierdie rol word deur die nie-alkoholiese eggenoot aangeneem omdat hulle moet kompenseer vir die alkohol-afhanklike se gedrag (Bird, 2010). Weens bogenoemde gedrag is die nie-alkoholiese eggenoot geneig om mede-afhanklikheid te ontwikkel (Hevey, 2007). Fischer en Harrison (2013: 236) en Perkins (2007) het aangedui dat mede-afhanklikheid selfs erger as alkohol-afhanklikheid kan wees, aangesien dit daartoe lei dat die nie-alkoholiese eggenoot geneig daartoe is om te veel van die verkeerde soort ondersteuning aan die alkohol-afhanklike te bied en sodoende moedig hulle onbewustelik die alkohol-afhanklike se gedrag aan. Mede-afhanklikheid speel dus 'n belangrike rol in alkohol-afhanklike se gedrag en word vervolgens in meer diepte bespreek.

2.9.2 Mede-afhanklikheid

Mede-afhanklikheid dui op 'n persoon se geneigdheid om iemand anders se behoeftes bo hul eie behoeftes te stel en dit in so 'n mate te doen dat eie voorkeure, afkeure, gevoelens en begeertes geminag en geïgnoreer word (Steenkamp, 2007: i; Kinney, 2006: 212). Mede-afhanklikheid word verder omskryf as wanneer die nie-alkoholiese eggenoot 'n behoefte vir goedkeuring, onvermoë om woede behoorlik of korrek uit te druk en die vrees vir verwerping ontwikkel (Hevey, 2007). Volgens Carruth en Mendenhall (1989: 19) en Bird (2010), is mede-afhanklikheid wanneer die alkohol-afhanklike die nie-alkoholiese eggenoot se gedrag begin beheer en dan is die nie-alkoholiese eggenoot geneig daartoe om sy eie identiteit en persoonlikheid te verloor. Voorbeelde van mede-afhanklikheid is dat die nie-alkoholiese eggenoot se selfbeeld bepaal word deur die mate van goedkeuring wat hulle van die alkohol-afhanklike ontvang of die nie-alkoholiese eggenoot ondervind tevredenheid oor haar- of homself indien hy of sy saam met die alkohol-afhanklike hul stokperdjies (byvoorbeeld golf) kan geniet (Chaukar, 2008).

Fischer en Harrison (2013: 237) en Carruth en Mendenhall (1989: 41) het agt karaktereienskappe van mede-afhanklikheid geïdentifiseer, naamlik vrees, skaamte en skuldgevoelens, woede, ontkenning, wanhoop, identiteitsontwikkeling word benadeel, verwarring en onbuigsaamheid van kognitiewe-, emosionele-, spirituele en gedragsspatrone. Volgens Fischer en Harrison (2013: 236) sluit mede-afhanklikheid individue in wat 'n intieme verhouding met die alkohol-afhanklike het, individue wat een of meer ouer het wat van alkohol afhanklik is en individue wat in 'n huis grootgeword het waar alkohol-afhanklikheid voorgekom het. Navorsing (Fischer & Harrison, 2013: 236) dui aan dat elkeen van bogenoemde individue een of meer van die karaktereienskappe van mede-afhanklikheid ervaar.

Uit bogenoemde bespreking is dit duidelik dat mede-afhanklikheid 'n reuse effek op die nie-alkoholistiese eggenoot het. Dit is dus onvermeidelik om te aanvaar dat alkohol-afhanklikheid die huwelik kan verwoes. Daarom word daar beoog om in die volgende afdeling meer in-diepte te fokus op die effek wat alkohol-afhanklikheid op die huwelik het.

2.9.3 Effek van alkohol-afhanklikheid op die huwelik

Alkohol-afhanklikheid is nie net 'n gevaar vir die nie-alkoholiese eggenoot se geestelike en fisiese welstand nie, maar dit kan 'n negatiewe effek op die huwelik hê (Mogul, 2013). Straussner en Fewell (2009: 7) is van mening dat alkohol-afhanklikheid 'n oorsaak sowel as 'n gevolg van huweliksgeweld, die misbruik van 'n eggenoot en egskeiding is. Daar kan dus verstaan word dat die impak van alkohol-afhanklikheid op die huwelik diep, dramaties en vernietigend is (Perkins, 2007; Mogul, 2013). Volgens Perkins (2007) is die dramatiese en vernietigende effek een van die eienskappe wat alkohol-afhanklikheid so uniek maak in vergelyking met ander kroniese siektes.

Alle kroniese siektes is geneig daartoe om 'n impak op die huwelik te hê, maar geen kroniese siekte toon dieselfde vernietigende effek as alkohol-afhanklikheid nie (Perkins, 2007). Tydens meeste kroniese siektes toon die sieke nie gedrag wat hul eggenoot seermaak nie. Die nie-alkoholistiese eggenoot gee gewoonlik hulle deernis, simpatie en ondersteuning aan die sieke en hulle groei soms nader aan mekaar weens die lesse wat geleer is tydens die genesingsproses (Perkins, 2007). Indien alkohol-afhanklikheid in 'n huwelik voorkom, is die geval egter die teenoorgestelde. Nie-alkoholiese eggenote probeer om simpatie, deernis en begrip teenoor die alkohol-afhanklike te toon, maar weens die aanhoudende seer en teleurstelling wat die alkohol-afhanklike veroorsaak slaag die nie-alkoholiese eggenoot nie daarin nie. Met alkohol-afhanklikheid in die huwelik word dit dikwels vir die nie-alkoholiese eggenoot moeilik en selfs onmoontlik om ondersteunend teenoor die alkohol-afhanklike op te tree (Perkins, 2007).

Uit die voorafgaande is dit duidelik dat alkohol-afhanklikheid 'n negatiewe effek op 'n huwelik kan hê. Wanneer alkohol-afhanklikheid in 'n huwelik voorkom, kan kommunikasie verswak, intimiteit gaan verlore, gevoelens word seergemaak, konflik eskaleer en word nie opgelos nie, vertrouwe word gebreek en die kwaliteit van die verhouding verweer met die verloop van tyd (Perkins, 2007). In die volgende afdeling word daar spesifiek gefokus op hoe alkohol-afhanklikheid die kommunikasiepatrone tussen die egpaar beïnvloed, hoe die egpaar se intimiteit geaffekteer word en die verhouding tussen alkohol-afhanklikheid en egskeidings.

2.9.3.1 *Kommunikasiepatrone tussen die egpaar*

Volgens Perkins (2007) ontwikkel swak kommunikasiepatrone byna altyd wanneer alkohol-afhanklikheid in 'n huwelik voorkom. In so 'n huwelik slaag die egpaar nie daarin om op 'n opbouende, ondersteunende en positiewe wyse met mekaar te kommunikeer nie. Die huwelikspaar is meer geneig daartoe om negatiewe en vernietigende kommunikasiepatrone te gebruik (Mogul, 2013). Kommunikasie tussen 'n eggenoot en die alkohol-afhanklike kan dus dikwels ontaard in uitskelling, blaam en kritiek (Bird, 2010).

Soos wat alkohol-afhanklikheid vererger vind al hoe minder kommunikasie tussen die alkohol-afhanklike en nie-alkoholiese eggenoot plaas en sodoende is hulle verhouding geneig om te verswak (Perkins, 2007). Dit kan gebeur dat die nie-alkoholiese eggenoot hulself distansieër van die alkohol-afhanklike en selfs andersom aangesien beide die vaardighede en vermoëns verloor om as 'n huwelikspaar te kommunikeer (Perkins, 2007). Die inname van alkohol beïnvloed ook 'n individu se vermoëns om te verstaan wat aan hulle gesê word en die gebrek aan regstellende kommunikasie kan die huwelik negatief beïnvloed (Bird, 2010). Aangesien kommunikasiepatrone verswak, slaag die huwelikspaar nie meer daarin om oor probleme te praat nie en dus slaag hulle nie meer daarin om probleme effektief op te los nie (Mogul, 2013). Die gebrek aan kommunikasie tussen 'n eggenoot en die alkohol-afhanklike kan lei tot baie misverstande, 'n gebrek aan tevredenheid, meer konflik, 'n minder bevredigende verhouding en die verlies van emosionele en seksuele intimiteit (Perkins, 2007).

2.9.3.2 *Intimiteit van die egpaar*

Intimiteit is geneig om te ontbreek in 'n huwelik waar alkohol-afhanklikheid voorkom as gevolg van die alkohol-afhanklike se onvermoë om seksueel te presteer of die gebrek aan begeerte tot intimiteit met die nie-alkoholiese eggenoot (Perkins, 2007). Die nie-alkoholiese eggenoot kan ook hul begeerte vir die alkohol-afhanklike verloor aangesien die alkohol-afhanklike onaantreklik gevind word of gereeld vuil voorkom byvoorbeeld om permanent soos alkohol te ruik (Perkins, 2007). Wanneer die alkohol-afhanklike gereeld die huis verlaat om te gaan drink by 'n kroeg, lei dit tot minder persoonlike kontak tussen die huwelikspaar, wat op sy beurt lei na 'n tekort of gebrek aan seksuele intimiteit (Bird, 2010). Daarbenewens

is alkohol-afhanklikheid gekoppel aan erektiele disfunksie by 'n man en verlaagde orgasmes by 'n vrou wat ook kan lei tot 'n gebrek aan seksuele intimiteit (Bird, 2010).

Wanneer die alkohol-afhanklike in 'n toestand van dronkenskap is, slaag hy/sy dikwels nie daarin om sy/haar seksuele drang te beheer nie en aangesien daar 'n gebrek aan seksuele intimiteit in die huwelik is, kan die alkohol-afhanklike ontrou wees. Volgens Perkins (2007) is ontrouheid 'n vernietigende verskynsel in 'n huwelik waar alkohol-afhanklikheid voorkom. Ontrouheid kan veroorsaak dat die nie-alkoholiese eggenoot nie seksueel intiem met die alkohol-afhanklike wil verkeer nie aangesien hulle blootgestel kan word aan seksuele oordraagbare siektes (Perkins, 2007). Die nie-alkoholiese eggenoot kan ook na 'n ander persoon uitreik aangesien die alkohol-afhanklike nie daarin slaag om aan hulle seksuele behoeftes te voldoen nie. Dit kan dus gebeur dat 'n huwelik verwoes of uitmekaar geskeur word weens ontrouheid eerder as alkohol-afhanklikheid self.

2.10 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is alkohol-afhanklikheid in-diepte omskryf en die diagnosering van alkohol-afhanklikheid volgens die Diagnostiese en Statistiese Handboek van Geestesversteurings (DSM) en Jellinek se vier fases van alkoholisme en vyf tipes alkoholiste bespreek. Die redes waarom 'n individu geneig daartoe is om van alkohol afhanklik te word is volgens Maslow se hiërargie van behoeftes uiteengesit. Uit hoofstuk 2 is dat duidelik dat alkohol-afhanklikheid nie net 'n verwoestende effek op die alkohol-afhanklike het nie, maar ook op hulle gesinslede. Die wyse waarop alkohol-afhanklikheid die gesinstruktuur, met verwysing na die gesin se kommunikasiepatrone, roetines, rituele, rolle en sosiale lewe ontwig, is bespreek. Die effek wat alkohol-afhanklikheid op die nie-alkoholiese eggenoot en die kind het, is ook in hierdie hoofstuk bespreek.

HOOFSTUK 3: ROL VAN MAATSKAPLIKE WERKER IN 'N REHABILITASIESENTRUM VANUIT 'N EKOLOGIESE PERSPEKTIEF

3.1 INLEIDING

'n Rehabilitasiesentrum is die kragtigste en mees doeltreffende wyse om die siklus van alkohol-afhanklikheid aan te spreek weens die feit dat 'n spesifieke program gevolg word wat bestaan uit verskillende teorieë, perspektiewe en modelle (Alcohol rehab site, 2013). Die teorieë, perspektiewe en modelle dien as 'n riglyn vir 'n maatskaplike werker hoe om die alkohol-afhanklike op 'n toepaslike wyse te benader en te hanteer. Voor spesifieke teorieë, perspektiewe en modelle benut word, moet die maatskaplike werker eers die alkohol-afhanklike se omstandighede assesser en evalueer om vas te stel wat die aard van berading is wat gelewer moet word. Die maatskaplike werker moet ook fokus op die impak wat die individu se omgewing op hulle alkohol-afhanklikheid het. Die moontlikheid bestaan dat 'n kombinasie van individuele- en gesinsberading benut moet word om alkohol-afhanklikheid effektief aan te spreek aangesien alkohol-afhanklikheid nie net die alkohol-afhanklike se lewe ontwig nie, maar ook die individue rondom hulle.

In hierdie hoofstuk word uitvoering gegee aan die tweede en derde doelwit van die navorsingsstudie naamlik om die effek wat alkohol-afhanklikheid op die gesin en nie-alkoholistiese eggenoot het, te bespreek asook om die rol van maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes vanuit 'n ekologiese perspektief te bespreek. Die volgende aspekte vorm deel van die bespreking: 1) 'n verduideliking van die werking van 'n rehabilitasiesentrum; 2) 'n bespreking van die ekologiese sisteemteorie en 3) die rol van die maatskaplike werker op die mikro-, meso- en makrovlak van die ekologiese perspektief te bespreek.

3.2 REHABILITASIESENTRUMS EN ALKOHOL-AFHANKLIKHEID

'n Rehabilitasiesentrum is 'n fasiliteit wat individue help herstel van 'n verskeidenheid siektes, sommige liggaamlik en ander wat weer veroorsaak word deur geestelike gesondheid en middelemisbruik (Wise Greek, 2003). Rehabilitasiesentrums kan verder omskryf word as 'n plek waar pasiënte en voormalige pasiënte opgeneem word vir fisiese terapie, spesiale oefening, sielkundige rehabilitasie, of enige ander behandeling wat ontwerp is om die welstand van die individu te herstel na 'n siekte, chirurgie of trauma (Phorio standards, 2012).

Ten opsigte van alkohol-afhanklikheid, word 'n rehabilitasiesentrum as die kragtigste en mees doeltreffende wyse beskou om die siklus van alkohol-afhanklikheid te breek (Alcohol rehab site, 2013). Die rehabilitasieprogram wat in 'n rehabilitasiesentrum vir alkohol-

afhanklikes gevolg word, is 'n program wat gewy is aan die proses om ondersteuning en berading aan individue te verleen om hul fisiese en sielkundige afhanklikheid van alkohol te oorkom, sowel as om die individu deur die moeilike tydperk van onttrekking te help (Michael's House, 2013; Wise Greek, 2003). Rehabilitasieprogramme fokus ook daarop om toepaslike hanteringsvaardighede vir die alkohol-afhanklike aan te leer om die inname van alkohol te vermy en 'n terugslag te voorkom.

Die meerderheid van die rehabilitasiesentrums bied twee vorms van behandeling aan, naamlik binnepasiënt- en buitepasiënt-behandeling (Alcohol rehab site, 2013). Daar is nie baie groot verskille tussen die twee nie, maar binnepasiënt-behandeling verwys na behandeling wat binne die sentrum plaasvind (Alcohol rehab site, 2013). By binnepasiënt-behandeling word die individu opgeneem in die rehabilitasiesentrum vir 'n spesifieke tydperk waartydens die nodige berading en ondersteuning gebied word (Rehabilitation.org, 2010). Hierteenoor laat buitepasiënt behandeling toe dat individue hulle daaglikse roetine volg, maar dat hulle dan elke tweede dag aan die berader of maatskaplike werker rapporteer (Alcohol rehab site, 2013). Individue woon sodoende beradingsessies in die aande en naweke by soos dit vir hulle geskik is (Rehabilitation.org, 2010).

Alhoewel elke rehabilitasieprogram 'n ander filosofie oor intervensie het, is daar drie fases wat altyd gevolg word (TheGoodDrugsGuide.com, 2013). Die drie fases van behandeling is alkohol-ontgifting, berading en nasorg (Michael's House, 2013). Die rehabilitasieproses begin met die alkohol **ontgiftingsfase** wat 'n paar dae duur. Ontgifting verwys na die proses waartydens alkohol-afhanklikes hulle, onder mediese toesig, van alkohol onttrek (Hitzeroth & Kramer, 2010: 118; Wise Greek, 2003). Tydens hierdie fase raak die individu se liggaam ontslae van alle gifstowwe wat in die liggaam voorkom en sodoende kan onttrekkingsimptome soos byvoorbeeld irritasie, angstigheid, depressie, aggressie, sweet, die verloor van hul eetlus en kouekoors ervaar word (Kinney, 2006: 181). Volgens die DSM V-TR, beteken die onttrekking van 'n middel die ontwikkeling van 'n middelspesifieke sindroom as gevolg van die staak of vermindering van die inname van die middel wat voorheen in 'n groot dosis en oor 'n lang tydperk gebruik is (Hitzeroth & Kramer, 2010: 118). Onttrekking kan 'n onaangename en vreesaanjaende ondervinding vir beide die alkohol-afhanklike sowel as hulle gesin wees (Hitzeroth & Kramer, 2010: 118).

Sodra die ontgifting afgehandel is, sal die individu **intensiewe berading** ontvang. Berading skep vir die maatskaplike werker 'n geleentheid om bekend te raak met die oorhoofse rede waarom 'n individu van alkohol afhanklik is. Hierdie kwessie word in 'n rehabilitasiesentrum behandel deur verskillende terapeutiese en ondersteuningsprogramme te volg (Alcohol rehab site, 2013). Rehabilitasiesentrums gebruik dus verskillende intervensie-strategieë om die alkohol-afhanklike te verlos van hul gewoonte (Alcohol rehab site, 2013).

Tydens die **nasorg fase** word die individu aangemoedig om by ondersteuningsgroepe buite die rehabilitasiesentrum aan te sluit, byvoorbeeld Alkoholiste Anoniem (AA). Elke fase van die rehabilitasieproses word benut om 'n ander komponent van alkohol-afhanklikheid te hanteer en sodoende word die fisiese, sielkundige en sosiale aspekte van alkohol-afhanklikheid aangespreek (Michael's House, 2013).

In die vorige hoofstuk was dit duidelik dat alkohol-afhanklikheid negatiewe gevolge nie net vir die alkohol-afhanklike inhou nie, maar ook vir die nie-alkoholistiese eggenoot en kinders. Daarom is dit noodsaaklik dat die maatskaplike werker tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes nie net intensiewe berading aan die alkohol-afhanklike bied nie, maar ook aan die nie-alkoholiese eggenoot en kinders. Die rede daarvoor is omdat die gesin as 'n sisteem funksioneer en wanneer alkohol-afhanklikheid aanwesig is, kan dit die gesinslede negatief raak en die gesin se wyse van funksionering beïnvloed. Dit kan ook voorkom dat sisteme random die alkohol-afhanklike die probleem vererger. Om alkohol-afhanklikheid tydens intervensie aan te spreek, kan 'n maatskaplike werker die ekologiese sisteemteorie benut.

3.3 DIE EKOLOGIESE SISTEEMTEORIE

Die ekologiese sisteemteorie bestaan uit twee afsonderlike teorieë naamlik die sisteemteorie en ekologiese perspektief (Albertyn, 2012: 66; Brandell, 2011: 10). In die volgende afdeling word die sisteemteorie en ekologiese perspektief afsonderlik bespreek.

3.3.1 Die sisteemteorie

Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) het aangedui dat enige ding, lewend of nie-lewend, uit baie afsonderlike komponente bestaan wat iets ingemeen het, byvoorbeeld die planeet, bome in 'n woud en 'n groep mense (Friedman & Allen, 2010: 7; Tamas, 2000). Die fokus van die sisteemteorie is egter dat die gesin 'n sisteem is wat uit verskillende komponente bestaan (Friedman & Allen, 2010: 3). 'n Sisteem kan gedefinieer word as 'n georganiseerde geheel van komponente wat in interaksie met ander entiteite tree (Berg-Weger, 2013: 183), of dit kan verder gedefinieer word as twee of meer dele wat in so mate aan mekaar verwant is, dat indien verandering in een deel plaasvind, dit onvermydelik is dat verandering in ander dele gaan plaasvind (Albertyn, 2012: 67; Lewis, Dana & Blevins, 2011: 170; Lazlo & Krippner, 1997).

Die gesin word beskou as 'n unieke sosiale sisteem wat bestaan uit sy eie struktuur en kommunikasiepatrone (Pope, 2010). In 'n gesin waar alkohol-afhanklikheid voorkom, word die gesinstruktuur en kommunikasiepatrone tot op so mate ontwig dat die gesin nie meer instaat is om normaal te funksioneer sonder professionele hulp nie. 'n Maatskaplike werker kan die sisteemteorie benut om die gesinsisteem se verskillende komponente afsonderlik te

bestudeer en sodoende die dinamika van die gesin uiteen te sit. Die sisteemteorie kan ook vir die maatskaplike werker help om die interaksiepatrone tussen die gesinslede te bestudeer. Dit stel die maatskaplike werker in staat om 'n gebalanseerde intervensiestrategie te ontwikkel waarmee alkohol-afhanklikheid aangespreek kan word (Friedman & Allen, 2010: 3).

Om die sisteemteorie effektief toe te pas in 'n gesin waar alkohol-afhanklikheid voorkom, is dit noodsaaklik dat die maatskaplike werker begrip het van subsisteme, sowel as oop-en-geslote sisteme; hierdie aspekte word vervolgens uiteengesit.

3.3.1.1 Die gesin se subsisteme

Subsisteme in die gesin is dele van 'n oorhoofse sisteem wat saamwerk om verskillende funksies te verrig wat die sisteem instand hou (Goldenberg & Goldenberg, 2002: 32). Alle gesinne, ongeag hul kultuur of etniese diversiteit, bestaan uit 'n verskeidenheid subsisteme wat weens generasies, geslag, belangstellings en rolle in 'n gesin bepaal word. Die feit dat gesinne georganiseer is in subsisteme, is van kardinale belang tydens gesinsberaad aangesien elke subsisteem afsonderlik sowel as gesamentlike berading moet ontvang (Nichols & Schwartz, 2004: 176). Volgens die sisteemteorie veroorsaak disfunksie in een subsisteem dat die funksionering van die sisteem as geheel negatief beïnvloed word (Goldenberg & Goldenberg, 2002: 32). Die sisteemteorie fokus dus nie net op die funksionering van individuele komponente nie, maar eerder op die interfunksionering van subsisteme as 'n geheel (Goldenberg & Goldenberg, 2002: 24).

Die drie belangrikste subsisteme in 'n gesin is die huwelik-subsisteem of die paartjie, die ouerlike subsisteem en die broer/suster-subsisteem (Goldenberg & Goldenberg, 2002: 32; Lewis *et al.*, 2011: 170; Fischer & Harrison, 2013: 218). Die huwelik-subsisteem word as die primêre subsisteem beskou aangesien hierdie subsisteem weens woede, blaam en wrok wat deur alkohol-afhanklikheid veroorsaak word, die ouerlike subsisteem sowel as die broer/suster-subsisteem kan beïnvloed.

3.3.1.2 Die homeostase van 'n gesin

Die term homeostase beskryf die natuurlike tendense van 'n gesin om op so wyse op te tree dat 'n mate van balans, stabiliteit en struktuur gehandhaaf word wanneer verandering in die sisteem voorkom (Fischer & Harrison, 2013: 212). Die konsep homeostase dui daarop dat indien een gesinslid verandering in hul lewe ondervind, word die hele gesin deur verandering beïnvloed en sodoende word aanpassing van al die gesinslede vereis. Aanpassing kan openlik of in die geheim plaasvind en gesinslede is geneig daartoe om baie moeite met aanpassing te doen gedurende tye wanneer die balans bedreig word. Wanneer gesinslede 'n vorm van weerstand teen aanpassing toon, is die gesin geneig daartoe om hul struktuur te

verloor en in 'n chaotiese sisteem te verander. Die gesin moet dan instaat wees om hul rolle, reëls, grense en waardes aan te pas om 'n nuwe balans vir hulself te skep.

Om die balans te handhaaf in gesinne waar alkohol-afhanklikheid voorkom, is die gesinslede geneig om hul gevoelens te onderdruk, oorlewingsgedrag aan te leer sowel as emosionele mure teen die seer van alkohol-afhanklikheid te bou. Indien die alkohol-afhanklike uit die gesin verwyder word, gee dit aanleiding tot die ontwrigting van die gesinstruktuur. Chaos kan ook ontstaan wanneer 'n gesinslid byvoorbeeld die man van die huis, van 'n rehabilitasieprogram terugkeer na die gesin en sy rol weer as hoof van die huis wil inneem. Dit is dus noodsaaklik dat die gesin berading ontvang om die funksionering van die gesin is beide gevalle te normaliseer (Fischer & Harrison, 2013: 212).

3.3.1.3 Die gesin as 'n oop en geslote sisteem

Alle gesinsisteme is selektief in hul beskikbaarheid vir nuwe inligting en hul bereidwilligheid om sodanige inligting op te neem (Goldenberg & Goldenberg, 2002: 30). Daar word dus na die gesin verwys as oop of geslote afhangende van die wyse waarop hulle georganiseer is en in interaksie funksioneer met hul omgewing (Tamas, 2000). Volgens Ludwig von Bertalanffy (1968) is alle lewende organismes 'n oop sisteem (Friedman & Allen, 2010: 8). 'n Oop sisteem, inteenstelling met 'n geslote sisteem, tree in wisselwerking met hul omgewing op, terwyl die geslote sisteem geïsoleer van hul omgewing funksioneer (Friedman & Allen, 2010: 8). 'n Oop sisteem laat nuwe inligting vanaf hul omgewing toe en onderhou hulself deur in interaksie te tree met hul omgewing (Goldenberg & Goldenberg, 2002: 30). Anders as in 'n oop sisteem word nuwe idees, inligting en vooruitsigte deur 'n geslote sisteem as 'n bedreiging beskou. In die uiterste vorm kan sommige gesinne rigiede en onveranderlike gedragspatrone op mekaar afdwing wat enige vorm van interaksie met hul omgewing beperk (Goldenberg & Goldenberg, 2002: 30).

Indien alkohol-afhanklikheid in 'n gesin voorkom, is die gesin meer geneig daartoe om 'n geslote sisteem te wees. Die rede daarvoor is dat alkohol-afhanklikheid deur die samelewing as 'n skande beskou word en dus onttrek die gesin hulself van sosiale geleenthede. Dit kan ook voorkom dat die alkohol-afhanklike nie bereid is om behandeling te ontvang nie weens ontkenning en dus is die gesin nie toeganklik vir nuwe idees en inligting wat benut kan word om alkohol-afhanklikheid aan te spreek nie. Die gesin raak sodoende afgesonder van ander sisteme en slaag nie meer daarin om met hul omgewing in interaksie te tree nie.

Aangesien die omgewing 'n bepaalde invloed op 'n sisteem kan hê, stel die maatskaplike werker nie net belang in die interaksionele patrone tussen die gesinslede nie, maar ook in die interaksionele patrone tussen die gesin en hul omgewing. Die sisteemteorie is 'n wyse waarop die toenemende komplekse stelsel, wat die persoon-in-omgewing insluit, meer in-diepte bestudeer. Daar kan dus verstaan word dat die sisteem 'n bepaalde invloed op die

omgewing het en die omgewing weer 'n bepaalde invloed op die sisteem. Daarom is dat van kardinale belang om die ekologiese perspektief saam met die sisteemteorie te benut wanneer dienste gelewer word aan 'n gesin waar alkohol-afhanklikheid voorkom.

3.3.2 Ekologiese perspektief

In die volgende afdeling word die ekologiese perspektief bespreek. Die ekologiese perspektief se drie sosiale sisteme word beskou sodat daar, volgens hierdie drie sisteme, aangedui kan word watter intervensie tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes benut kan word om alkohol-afhanklikheid aan te spreek.

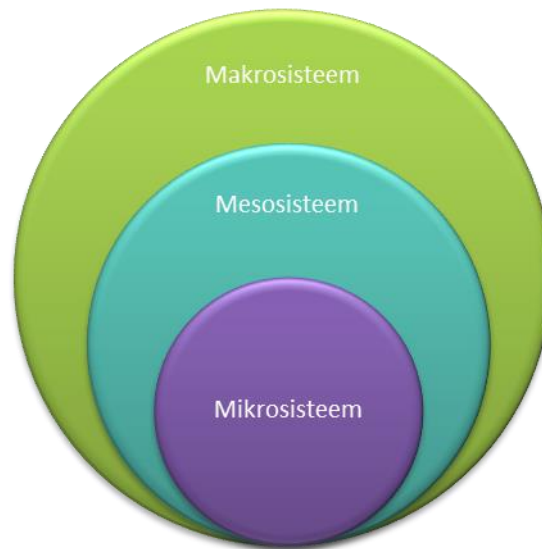
Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) is die skepper van die sisteemteorie wat tydens maatskaplike werk intervensies benut kan word. Von Bertalanffy se teorie is beïnvloed deur die sosiale sielkundige, Urie Bronfenbrenner, wat menslike biologiese en ekologiese omgewing ondersoek het (Friedman & Allen, 2010: 3). Bronfenbrenner het aangedui dat alle sosiale sisteme insette van die omgewing ontvang, betrek word by prosesse en uitkomstes genereer (Friedman & Allen, 2010: 7). Daarom is Von Bertalanffy van mening dat indien die sisteemteorie effektief benut wil word, is dit noodsaaklik dat die sisteem se komplekse aard van interaksie binne 'n sosiale omgewing bestudeer word (Friedman & Allen, 2010: 3).

In teenstelling met die meeste gedrags- en sielkundige teorieë, fokus die ekologiese perspektief op die interaksie wat plaasvind tussen verskillende sisteme (Greene, 2010: 199). In die maatskaplike werk praktyk kan die ekologiese benadering dus die beste verstaan word as die soeke na interaksiepatrone tussen individue, families, kulture en beleide (Johnson & Yanca, 2007: 13). Die ekologiese perspektief stel verder die maatskaplike werker instaat om te begryp watter impak biologiese-, verhouding- en kulturele vlakke op die individu se funksionering het (Sheafor, Horejsi & Horejsi, 2000: 91). Die ekologiese perspektief fokus dus op die transaksie wat tussen 'n individu en hul omgewing plaasvind (Sheafor *et al.*, 2000: 91).

Volgens die ekologiese perspektief bestaan daar wedersydse interaksie tussen 'n persoon en hul omgewing (Johnson & Yanca, 2007: 13; Greene, 2010: 199). Individue se omgewing bestaan uit verskillende sisteme waarmee hulle daaglikse interaksie het. Hierdie sisteme kan dus 'n impak hê op die daaglikse funksionering van individu. Die sosiale sisteme kan in drie sub-sisteme verdeel word, afhangend van die stelsel grootte en die kompleksiteit daarvan. Die drie sub-sisteme is afsonderlik die mikro-, meso- en makrosisteem (Friedman & Allen, 2010: 7; Albertyn, 2012: 68). Die drie sisteme word vervolgens bespreek en word in verband met alkohol-afhanklikheid gebring.

3.3.2.1 Die drie sosiale sisteme

In die volgende afdeling word die drie sosiale sisteme, naamlik die mikro-, meso- en makrosisteem, in-diepte bespreek en dit in verband gebring met intervensie aan alkohol-afhanklikes in rehabilitasiesentrums. Daar word ook aangedui watter intervensiestrategieë by die verskillende sosiale sisteme benut kan word om alkohol-afhanklikheid aan te spreek.



Figuur 3.1: Bronfenbrenner se drie sosiale sisteme

Uit Figuur 3.1 kan daar gesien word dat 'n individu se daaglikse funksionering deur die drie sosiale sisteme beïnvloed word. Indien daar 'n balans voorkom tussen die sosiale sisteme, word 'n individu se behoeftes op die verskeie vlakke bevredig en sodoende sal alkohol-afhanklikheid nie ontwikkel nie. Indien daar 'n wanbalans tussen die sosiale sisteme is, is 'n individu meer geneig om van alkohol afhanklik raak.

a) *Mikrosisteem*

'n Mikrosisteem is 'n individu se mees basiese sisteem, byvoorbeeld die gesin, skool, kerke, vriende, onderwysers en bure (Louw & Louw 2007: 27). Die mikrosisteem verwys na klein sosiale sisteme en is die verhouding tussen die individu en hul onmiddellike omgewing (Friedman & Allen, 2010: 7). 'n Individu se mikrosisteem bestaan verder uit verskeie sosiale netwerke van interpersoonlike verhoudings wat gesig-tot-gesig interaksie met ander individue insluit. Volgens Louw en Louw (2007:27) is die interpersoonlike verhoudings by die mikrosisteem aanhoudend en dit kan die individu se daaglikse funksionering affekteer aangesien die individu daaglik in interaksie tree met die mikrosisteem. Vir 'n alkohol-afhanklike kan die mikrosisteem hul gesin, uitgebreide familie, vriende en bure insluit.

Volgens die minimum norme en standaarde vir binnepasiënt-rehabilitasiesentrums moet individue wat van alkohol afhanklik is op 'n weeklikse basis berading ontvang (Departement Maatskaplike Ontwikkeling, 2008: 28). Hierdie behels dus gevallewerk intervensie op die

mikrovelde van die ekologiese perspektief. Ten opsigte van intervensie met die individu wat van alkohol afhanklik is, kan 'n maatskaplike werker groepwerk en die twaalf-stap model as riglyn benut om alkohol-afhanklikheid aan te spreek. Groepwerk en die twaalf-stap model word vervolgens kortliks bespreek.

i) Groepwerk as intervensiemetode op die mikrovlak van die ekologiese perspektief

Groepwerk word as 'n uitstekende intervensiemetode op die mikrovlak van die ekologiese perspektief beskou aangesien dit vir die alkohol-afhanklike 'n veilige omgewing skep waar hulle vrylik hul gevoelens kan uitdruk en ook die nodige ondersteuning ontvang, nie net van die groepleier af nie, maar ook van die ander groepslede (Departement van Gesondheid, 2011; WebMD, 2011; Rehabs.com, 2014). Groepwerk stel ook die alkohol-afhanklike instaat om die vaardighede, byvoorbeeld kommunikasievaardighede, wat aangeleer word tydens groepwerk, prakties te implementeer.

ii) Die twaalf-stap model as intervensiemetode op die mikrovlak van die ekologiese perspektief

Een van die mees algemene programme wat by 'n reabilitasiesentrum benut word, is die twaalf-stap model. Die twaalf-stap model is in 1935 ontwikkel deur gerehabiliteerde alkoholiste wat persoonlike ervaring met die reabilitasie proses het (Kinney, 2006: 315; Finley, 2004: 3; Quadrio & Besseling, 2009: 135; Higgings, 2012:63). Die twaalf-stap model is 'n omvattende, multi-dissiplinêre benadering vir die behandeling van alkohol-afhanklikheid wat gerig is op onthouding en gebaseer is op die beginsels van Alkoholiste Anoniem (AA).

Die twaalf-stap model is gegrond op twaalf beginsels, spiritueel van aard, wat daarop gerig is om die obsessie oor alkohol te verminder en sodoende die alkohol-afhanklike instaat te stel om 'n beter lewe te lei wat gegrond is op elke individu se unieke geloofsoortuigings (Fischer & Harrison, 2013: 185). Die fokus van die twaalf-stap model is oorgee, vergifnis, nederigheid, beperkings en dienslewering aan ander (Fischer & Harrison, 2013: 187).

Die 12 stappe is die volgende (Parker & Guest, 1999: 5; Kinney, 2006: 315; Fischer & Harrison, 2013: 186; Alkoholiste Anoniem, 2000: 64):

1. Ons het erken dat ons magteloos is oor alkohol- dat ons lewe onbeheerbaar geword het.
2. Het mettertyd geglo dat 'n Mag groter as ons, ons gesonde verstand aan ons kan teruggee.
3. Het tot 'n besluit gekom om ons wil en ons lewe toe te vertrou aan die sorg van God soos ons Hom verstaan.
4. Het 'n deeglike en vreeslose morele intenasie van onself opgestel.
5. Het aan God, aan onself en aan 'n ander persoon die presiese aard van ons foute erken.

6. Was heeltemal gereed dat God al hierdie karakterfoute kon verwyder.
7. Het hom nederig gevra om ons tekortkominge te verwyder.
8. Het 'n lys gemaak van alle persone vir wie ons kwaad aangedoen het, en het gewillig geword om sake tussen ons reg te stel.
9. Het sover moontlik, regstreeks die sake met sulke mense reggestel, behalwe as ons hulle of ander sou benadeel deur dit te doen.
10. Het volgehou om 'n persoonlike intrenvaris te maak en wanneer ons verkeerd was, dit dadelik te erken.
11. Het deur gebed en nadenke probeer om ons bewuste kontak met God soos ons Hom verstaan het, te verbeter en gebed net vir kennis van Sy wil vir ons en die krag om dit uit te voer.
12. Nadat ons as gevolg van hierdie stappe 'n geestelike ontwaking gehad het, het ons probeer om hierdie boodskap aan alkoholiste oor te dra, en om hierdie beginsels in al ons doen en late toe te pas.

Dit is noodsaaklik om daarop te let dat daar net in die eerste stap na die term alkohol verwys word en van stap twee tot 11 word daar gefokus op die verbetering, uitbouing en bevordering van 'n individu se lewe deur te fokus op hul verhouding met 'n groter mag, byvoorbeeld God, eerder as op alkohol-afhanklikheid self (Fischer & Harrison, 2013: 186). Hierdie model dui dus daarop dat die herstel van alkohol-afhanklikheid slegs kan plaasvind indien die individu se fokus gegrond is op 'n groter mag (Finley, 2004: 2).

Deur die twaalf stappe te bestudeer is dit duidelik dat die model slegs op die alkohol-afhanklike fokus en geen berading word aan die gesin of egpaar gebied nie. 'n Maatskaplike werker wat tydens 'n rehabilitasieprogram net op die model fokus kan gesinslede en die egpaar se behoeftes ongetwyfeld miskyk en negatiewe gevolge van alkohol-afhanklikheid kan voortduur. Daarom is dit van kardinale belang dat 'n maatskaplike werker nie net op die mikrosisteme van 'n alkohol-afhanklike fokus nie, maar die fokus van rehabilitasieprogramme moet uitbrei na die mesosisteme van die alkohol-afhanklike. In die volgende afdeling word daar 'n beskrywing gegee oor wat 'n mesosisteem is en om die intervensiestrategie wat die maatskaplike werker by die sosiale sisteem kan benut om alkohol-afhanklikheid aan te spreek, uit te lig.

b) Mesosisteem

Die mesosisteem is 'n netwerk van verhoudings tussen die mikrosisteme in 'n individu se lewe (Muuss, 2006: 303). Die mesosisteem is dus die interpersoonlike verhouding tussen mikrosisteme, byvoorbeeld die verhouding tussen die alkohol-afhanklike se gesin en die kerk of die verhouding tussen die alkohol-afhanklike se gesin en hulle bure (Archer, 2008: 222). By die mesosisteem word daar gelet op die kwaliteit, gereeldheid en invloed van die

interaksie tussen verskillende sisteme. Disfunksie kan voorkom tussen twee mikrosisteme en dit kan 'n negatiewe impak op die individu se funksionering hê (Muuss, 2006: 305).

Volgens die minimum norme en standaarde vir binnepatiënt-rehabilitasiesentrums, word daar verwag dat kliënte se gesinne 'n integrale komponent vorm van die rehabilitasieprogram (Departement van Maatskaplike Ontwikkeling, 2008: 28). Dit behels onder andere dat gesinne betrek word tydens die rehabilitasieprogram en dat praktiese ondersteuning gebied word om die gesinslede te betrek by die intervensieproses. Hierdie ondersteuning sluit in opvolg telefoonoprope sowel as finansiële ondersteuning vir vervoer om die sentrum te besoek, as 'n voorbeeld. Uit die bogenoemde is dit duidelik dat die gesin en individuele gesinslede se betrokkenheid om die intervensieproses suksesvol te laat verloop, sterk voorgestaan word. Dit behels dus groepwerk-intervensie op die mesovlak van die ekologiese perspektief. By die mesosisteem kan 'n maatskaplike werker gesinsberaad as riglyn benut om alkohol-afhanklikheid aan te spreek. Die intervensiemetode word vervolgens in meer diepte te bespreek.

i) Gesinsberading

'n Intervensie strategie wat op die mesovlak benut kan word is gesinsberaad. Volgens die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling se minimum norme en standaarde vir binnepatiënt rehabilitasiesentrums, kan die sentrum gesinsberading aanbied as dit uitvoerbaar is, om langdurige wanaangepaste interaksies en verhoudings aan te spreek (Departement van Maatskaplike Ontwikkeling, 2008: 45). Daar moet tydens 'n rehabilitasieprogram ook gefokus word op gesinsherkonstruksie-dienste en probleme wat verband hou met die herinkorporasie van die pasiënt in die gesin en gemeenskap, moet geïdentifiseer word (Departement van Maatskaplike Ontwikkeling, 2008: 28). Gesinsberading as 'n intervensiestrategie vir alkohol-afhanklikheid word vervolgens bespreek. Deur te fokus op wat gesinsberaad is, die tydsduur daarvan asook wie gesinsberaad bywoon.

ii) Vertrekpunt van gesinsberading

Gesinsberading is gebaseer op die beginsel dat elke gesin 'n unieke sosiale sisteem is wat oor hul eie struktuur en kommunikasiepatrone beskik. Die struktuur en kommunikasiepatrone van die gesin word grootliks bepaal deur die ouers se oortuigings en waardes, al die gesinslede se unieke persoonlikhede en die impak van die uitgebreide familie (soos byvoorbeeld grootouers, ooms en tannies). Weens al die veranderlikes, ontwikkel die gesin hul eie persoonlikheid wat kragtig is en die hele gesin se wyse van funksionering kan beïnvloed (WebMed, 2012). Die gesin is sodoende nie instaat om terug te keer na hul oorspronklike wyse van funksionering nie en word professionele hulp word dus benut om probleme aan te spreek.

Verder is gesinsberading ook toepaslik as intervensiestrategie by gesinne waar alkohol-afhanklikheid voorkom omdat 'n siekte soos alkohol-afhanklikheid by een gesinslid die gevolg kan wees van 'n groter probleem wat in die gesin voorkom (WebMed, 2012; Lee, 2010). Indien die individu wat die siekte onder lede het alleenlik behandeling ontvang, sal slegs die simptoom van die probleem aangespreek word en nie die siekte self nie (Lee, 2010). Daarom is dit noodsaaklik dat die hele gesin tydens berading betrek word anders gaan die siekte aanhou in die gesin voorkom en sodoende die gesinstruktuur beïnvloed.

Die benutting van gesinsberaad is dus toepaslik wanneer 'n geestesgesondheidsprobleem die funksionering en struktuur van 'n gesin beïnvloed soos middel-afhanklikheid, depressie, kroniese siekte en eetversteurings, of indien die gesin beïnvloed word deur alledaagse probleme soos kommunikasieprobleme, interpersoonlike konflikte of gedragsprobleme (GoodTherapy.org, 2014; Husney, 2012; Lee, 2010). Dit is ook belangrik om daarop te let dat gesinsberading nie net benut word indien 'n siekte reeds aanwesig is nie.

Tydens gesinsberaad word die gesinslede se begrip ontwikkel oor hoe 'n gesin funksioneer en meer spesifiek, hoe die betrokke gesin funksioneer. Die gesinslede se begrip word verder ontwikkel oor hoe om konflik en verandering in die gesin te hanteer. Verder help gesinsberading die gesin om minder te fokus op die individu wat die siekte het en eerder op die gesin as 'n geheel. Die gesin word sodoende instaat gestel om as 'n span probleme aan te spreek, eerder as individue. Tydens gesinsberading help die maatskaplike werker ook die gesin om stressors en struikelblokke te identifiseer en sodoende kan die maatskaplike werker die gesin help om 'n strategie te ontwikkel om bogenoemde te hanteer (Husney, 2012). Gesinsberading stel gesinslede instaat om gevoelens en gedagtes in 'n veilige omgewing uit te druk en te ondersoek, hulle siening en ervaring van 'n situasie deur te gee, om mekaar se behoeftes te waardeer, op elke individu se sterkpunte te bou en om positiewe veranderinge in die gesin te maak (AFT, 2014).

Gesinsberading is 'n baie aktiewe intervensie metode aangesien dit gebruik maak van take wat die gesinslede moet uitvoer, byvoorbeeld die ouers word gevra om meer verantwoordelikheid aan die kinders te gee (Husney, 2012). Die maatskaplike werker en die gesin vorm ook 'n vennootskap en sodoende word toepaslike en bereikbare doelwitte uiteengesit (AFT, 2014). Dit stel ook die maatskaplike werker instaat om 'n objektiewe siening na gesinsberading te bring aangesien die maatskaplike werker nie emosioneel betrokke is by die gesin nie (Husney, 2012).

Uit bogenoemde bespreking is dit duidelik dat gesinsberading 'n uitstekende vorm van intervensie is wat benut kan word indien 'n gesin se patrone en struktuur deur 'n siekte bedreig word. Weens die feit dat gesinsberaad die gesin as 'n sisteem beskou, word al die dele waaruit die gesin saamgestel is bestudeer en sodoende word die oorsprong van die

aanwesige probleem geïdentifiseer. Dit stel die maatskaplike werker instaat om die probleem meer effektief aan te spreek wat weer bydrae tot beter uitkomst. Omdat die maatskaplike werker al die verskillende dele moet bestudeer is gesinsberading 'n langdurige proses wat nie net in een sessie kan plaasvind nie. Die volgende afdeling bespreek die tydsduur van gesinsberading en lig ook uit wie gesinsberading moet bywoon.

iii) Tydsduur en bywoning van gesinsberading

Die aantal sessies wat tydens gesinsberading gelewer word, wissel van gesin tot gesin afhangende van hoe ernstig die probleem is. Daar is dus nie 'n voorgeskrewe aantal sessies nie. 'n Maatskaplike werker moet dus instaat wees om te bepaal hoeveel sessies 'n spesifieke gesin benodig (Seligman, 2004: 181). Indien gesinsberading te vroeg beeindig word, kan dit veroorsaak dat die probleem nie opgelos word nie of dat die probleem vererger (Husney, 2012). Die maatskaplike werker moet ook bepaal hoe gereeld sessies plaasvind. 'n Gesin moet tussen ses en 20 sessies ontvang en sessies duur ongeveer 60 minute tot 90 minute (Faqs.org, 2014; Gurman & Kniskern, 2013: 146; Seligman, 2004: 181).

Een van die uitgangspunte van gesinsberading is om al die gesinslede tydens berading in te sluit, maar dit is nie altyd nodig of doenbaar nie. Al die gesinslede hoef nie elke sessie by te woon nie aangesien daar soms net gefokus word op die egpaar of kinders (Husney, 2012; WiseGeek, 2014). Dit kan ook gebeur dat een gesinslid weier om gesinsberading te ontvang en sodoende slaag die maatskaplike werker nie daarin om gesinsberading suksesvol af te handel nie. Dit is ook noodsaaklik dat die maatskaplike werker instaat is om te identifiseer wanneer gesinsberading nie meer die gesin gaan help nie aangesien sekere gesinslede eers individuele hulp of medikasie moet ontvang, soos in die geval met depressie en alkohol-afhanklikheid. Die maatskaplike werker moet dus instaat wees om gesinslede te identifiseer wat individuele berading benodig (WiseGeek, 2014).

iv) Benutting van gesinsberading tydens intervensie aan alkohol-afhanklikes

Aangesien alkohol-afhanklikheid deur mediese kringe en die samelewing as 'n gesinsiekte beskou word, is dit duidelik dat alkohol-afhanklikheid reuse gevolge, nie net vir die individu self nie, maar ook vir die gesinslede inhou (Codependence Freedom.com, 2010; Kinney, 2006: 205). Dit is byna onmoontlik vir die gesinslede om die gevolge van alkohol-afhanklikheid te ontsnap en dus benodig hulle verhoogde emosionele ondersteuning (Kinney, 2006: 205; O'Farrel & Fals-Stewart, 2003: 123).

Alkohol-afhanklikheid kan verder die gesinsdinamika, -struktuur en -prosesse, byvoorbeeld reëls, rituele, roetines, kommunikasie, sosiale lewe, finansies, homeostase en rolle, ontwig (Stepping Stones, 2013). Dit kan die gesinstruktuur en die funksionering van die gesin tot op so mate ontwig dat die gesin nie meer instaat is om terug te keer na normaal sonder professionele hulp nie. Die gesinslede beskik ook nie oor die nodige kennis en vaardighede

om die oorsaak en rede vir alkohol-afhanklikheid te verstaan nie en hulle weet ook nie hoe om alkohol-afhanklikheid op 'n toepaslike wyse te hanteer nie (Codependence Freedom, 2010). Om sukses en rehabilitasie te verseker is dit dus noodsaaklik dat gesinslede bemagtig word hoe om die alkohol-afhanklike te benader.

Alhoewel dit noodsaaklik is dat die alkohol-afhanklike individuele berading ontvang, is daar in navorsing bevind dat 'n rehabilitasieprogram wat die gesin insluit, meer doeltreffend is as berading wat alleenlik fokus op die alkohol-afhanklike (Thomas & Santa, 2007: 50; Copello *et al.*, 2005: 369). Die redes wat aangevoer word is dat gesinslede tydens berading as 'n bron van hulp, ondersteuning en motivering vir die alkohol-afhanklike dien. 'n Ander rede is ook dat die sukses van 'n rehabilitasieprogram die samewerking tussen die gesin en alkohol-afhanklike vereis (O'Farrel, 1989: 23; O'Farrel & Fals-Stewart, 2003: 122; Kaufman & Yoshioka, 2005: 1).

Vanuit die bogenoemde is dit duidelik dat daar tydens berading nie net op die alkohol-afhanklike gefokus kan word nie, maar ook op die hele gesin. Die gesin is 'n sisteem wat uit verskillende komponente, naamlik gesinslede, bestaan en alkohol-afhanklikheid kan elke komponent negatief beïnvloed. Tydens gesinsberading is dit dus noodsaaklik dat die maatskaplike werker elke gesinslid se behoeftes identifiseer en daaraan voldoen aangesien die gesinslede dan meer geneig sal wees om die alkohol-afhanklike op 'n meer effektiewe wyse te ondersteun (Kaufman & Yoshioka, 2005: 1). Dit is ook belangrik dat die maatskaplike werker die invloed wat elke gesinslid op die funksionering van die gesin het, verken en evalueer (Nichols & Swarts, 2004: 176). Die maatskaplike werker kan dan vasstel watter probleme elke gesinslid ondervind, hoekom die spesifieke probleme ontstaan het en hoe dit bygedra het tot alkohol-afhanklikheid. Deur die komplekse samestelling van die gesin te verstaan kan die maatskaplike werker alkohol-afhanklikheid op 'n meer effektiewe wyse aanspreek (Thomas & Santa, 2007: 50).

Gesinsberaad word ook benut om die gesin te help om 'n simpatieke en gemaklike huishoudelike atmosfeer vir die alkohol-afhanklike te skep. Die gesinslede word tydens gesinsberading deeglik voorberei op die terugkeer van die alkohol-afhanklike nadat rehabilitasie plaasgevind het. Aangesien alkohol-afhanklikheid die gesinstruktuur ontwrig, is dit noodsaaklik dat die maatskaplike werker tydens berading die gesin help om nuwe reëls, rolle, kommunikasiepatrone, rituele en roetines te vestig voor die alkohol-afhanklike terugkeer na hul woning. Indien die maatskaplike werker nie daarin slaag nie, verhoog dit die kans vir die alkohol-afhanklike om terug te val (Thomas & Santa, 2007: 50).

Wanneer alkohol-afhanklikheid in 'n gesin voorkom, is daar vier tipes gesinne geïdentifiseer wat berading sal soek. Die vier gesinstipes verskil van mekaar en word gekenmerk deur hul unieke eienskappe. Indien die maatskaplike werker die gesin nie korrek identifiseer nie, kan

berading misluk. Dit is dus vir maatskaplike werkers wat in rehabilitasiesentrums werksaam is, van kardinale belang om bekend te wees met die verskillende gesinstipes wat berading sal seek. Hierdie vier gesinstipes word vervolgens bespreek.

v) *Die vier gesinstipes waar alkohol-afhanklikheid voorkom wat berading sal seek*

Kaufman en Kaufman (1985) het vier gesinstipes geïdentifiseer wat waarskynlik hulself beskikbaar sal stel vir berading (Fischer & Harrison, 2013: 230). Maatskaplike werkers wat dienste lewer aan gesinne waar alkohol-afhanklikheid voorkom, moet bekend wees met die verskillende gesinstipes aangesien die intervensiemetode van elke gesinstipe van mekaar verskil. Indien die berading wat aan gesinne gelewer word ontoepaslik is, sal die intervensie oneffektief wees.

Die **eerste gesinstipe** wat berading sal seek is 'n gesin waar gesinslede openlik 'n gesprek oor alkohol-afhanklikheid voer, maar aandui dat hulle meer bekommerd is oor ander aspekte wat die gesin beïnvloed (Fischer & Harrison, 2013: 230). In sulke gesinne is dit waarskynlik dat alkohol-afhanklikheid aanwesig is, maar nog nie as 'n ernstige probleem gemanifesteer het nie. Tydens dienslewering moet die maatskaplike werker dus fokus op die huidige probleem wat deur die gesin geïdentifiseer is, maar 'n poging aanwend om die gesin bewus te maak van die moontlike verband tussen die huidige probleem en alkohol-afhanklikheid.

By die **tweede gesinstipe** wat berading sal seek, word alkohol-afhanklikheid gewoonlik agter 'n ander aanmeldingsprobleem, soos byvoorbeeld gedragsprobleme by die kind of huweliksprobleme, versteek en dus is dit moeilik om op daardie stadium alkohol-afhanklikheid te identifiseer en akkuraat uit te wys. In hierdie gesin is die kind waarskynlik die een wat van alkohol afhanklik is (Fischer & Harrison, 2013: 230). Om die gesinstipe korrek te identifiseer moet die maatskaplike werker oplet na aspekte soos rolle wat in die gesin verander, die kind(ers) wat hul ouers probeer beskerm, die kind(ers) wat te bang is om oor die gesinstruktuur te praat of ouers wat baie belangstel in tiener alkohol-afhanklikheid. Die beste wyse vir 'n maatskaplike werker om dienste aan so 'n gesin te lewer, is om die aanmeldingsprobleem aan te spreek en te poog om alkohol-afhanklikheid daarby te betrek.

By die eerste twee gesinstipes, soos deur Kaufman en Kaufman geïdentifiseer, het alkohol-afhanklikheid nog nie as 'n ernstige probleem gemanifesteer nie. Alkohol-afhanklikheid is op 'n vroeë stadium en kan makliker aangespreek word. Dit is onwaarskynlik dat die alkohol-afhanklike in hierdie twee gesinstipes ingeskakel is by 'n rehabilitasieprogram aangesien die individu en gesin reeds berading buite die rehabilitasiesentrum ontvang.

Die **derde gesinstipe** is 'n gesin wat berading seek nadat die alkohol-afhanklike reeds gerehabiliteer is (Fischer & Harrison, 2013: 230). Die fokus van dienslewering is om die gesinsisteem te herstruktureer ter voorkoming van terugval. Die maatskaplike werker sal dus

situasies wat terugval kan veroorsaak, asook wyses hoe om terugval te voorkom, vir die gesin uitlig. Die maatskaplike werker sal ook die gesin fasiliteer om terug te keer na 'n normale en gebalanseerde funksioneringswyse. By die derde gesinstipe het rehabilitasie reeds plaasgevind en die gesin kan verdere hulp en ondersteuning benodig om weer terug te keer na normale funksionering. Die gesin is meer geneig om berading buite die rehabilitasiesentrum te soek.

By die **vierde gesinstipe** wat berading sal soek, word alkohol-afhanklikheid as die primêre probleem beskou en is ook die hoofrede waarom die gesin vir berading kom (Fischer & Harrison, 2013: 230). Tydens berading is konflik tussen gesinslede oop van aard en direk op die alkohol-afhanklike gerig. Die maatskaplike werker sal dus moontlik meer beheer oor die sessie moet neem aangesien gesinslede baie aanvallend en impulsief teenoor mekaar kan optree. Die maatskaplike werker moet ook die gesin help om 'n toepaslike oplossing vir alkohol-afhanklikheid te vind deur byvoorbeeld inskakeling by 'n rehabilitasieprogram aan te moedig.

'n Maatskaplike werker wat in 'n rehabilitasiesentrum werksaam is, sal meeste in aanraking kom met Kaufman en Kaufman (1985) se vierde gesinstipe. By Kaufman en Kaufman se vierde gesinstipe is alkohol-afhanklikheid die primêre probleem in die gesin en dit het tot gevolg dat die gesinstuktuur en -dinamika tot op so mate ontwig is dat die alkohol-afhanklike eers rehabilitasie moet ontvang voor die gesinstruktuur en -dinamika weer herstel kan word. Hierdie gesin sal dus berading ontvang terwyl die alkohol-afhanklike ingeskakel is by 'n rehabilitasieprogram.

Kaufman en Kaufman se vier gesinstipes wat berading sal soek is nie omvattend genoeg om as riglyn te dien vir die beradingstyl wat maatskaplike werkers moet benut by verskillende gesinstipes nie. Kaufman en Kaufman het dus ook vier alkoholiese gesinstipes geïdentifiseer wat 'n maatskaplike werker sal help om te bepaal watter berading die gesin moet ontvang.

vi) *Vier alkoholistiese gesinstipes wat maatskaplike werkers tydens intervensie in gesinsberaad kan identifiseer*

Kaufman en Kaufman (1985) het ook vier alkoholistiese gesinstipes geïdentifiseer waarvan 'n maatskaplike werker bewus moet wees tydens gesinsberading, naamlik die funksionele-, neurotiese verstrengelende grense, verbrokkelende- en afwesige alkoholistiese gesinne (Miller, 2010: 123; Saitoh, Steinglass & Schuckit, 1989: 234). Vir 'n maatskaplike werker wat dienste lewer aan 'n gesin waar alkohol-afhanklikheid voorkom, is dit noodsaaklik om kennis te dra van die vier alkoholistiese gesinstipes aangesien dit bepaal hoe die maatskaplike werker die betrokke gesin tydens 'n rehabilitasieprogram gaan benader. Die vier alkoholiese gesinstipes word vervolgens bespreek.

By die **funksionele alkoholiese gesin** is die sisteem stabiel en alkohol-afhanklikheid is gewoonlik in 'n vroeë stadium van ontwikkeling (Miller, 2010: 123; Bratter & Forrest: 1985: 377). By hierdie alkoholiese gesinstipe is die rede waarom die individu alkohol inneem sosiaal of persoonlik van aard en nie weens die spanning om gesinsprobleme te hanteer nie (Miller, 2010: 123; Bratter & Forrest: 1985: 377). Die alkohol-afhanklike is geneig daartoe om in geïsoleerdheid alkohol in te neem en sodoende die gesin alleen te laat om te funksioneer (Miller, 2010: 123; Saitoh *et al.*, 1989: 234). Die fokus van intervensie wat vir hierdie alkoholiese gesinstipe aanbeveel word, is opvoedkundig van aard en daarom moet die maatskaplike werker die rol as opvoeder inneem. Die maatskaplike werker moet dus vir die gesin tydens die rehabilitasieprogram leer hoe om konflik en alkohol-afhanklikheid te hanteer sowel as hoe om alkohol-afhanklikheid betyds aan te spreek.

Die **neurotiese verstrengelde-grense alkoholiese gesin** is die stereotipiese alkoholiese gesin waar alkohol-afhanklikheid óf die oorsaak van probleme is óf die wyse waarop probleme hanteer word (Miller, 2013: 123). In 'n neurotiese verstrengelde-grense alkoholiese gesin is die kommunikasie tussen huweliksmaats indirek, bakleiery vind gereeld plaas, die nie-alkoholiese eggenoot is hoof van die huis en die egpaar is gereeld in kompetisie met mekaar (Miller, 2013: 123; Saitoh *et al.*, 1992: 234; Bratter & Forrest, 1985: 377). Tydens 'n rehabilitasieprogram is dit noodsaaklik dat 'n maatskaplike werker die nodige onderrig rakende die hantering van alkohol-afhanklikheid aan die gesin voorsien.

Die **verbrokkelende alkoholiese gesin** is gewoonlik die neurotiese verstrengelde-grense alkoholiese gesin wat gevorder het tot 'n latere stadium van ontwikkeling (Miller, 2013: 123). By die verbrokkelende alkoholiese gesin is daar 'n tydelike skeiding tussen die alkohol-afhanklike en die gesinslede, wat beteken dat die alkohol-afhanklike en hulle gesin tydelik nie onder dieselfde dak woon nie. Die alkohol-afhanklike is dus meer geneig daartoe om op hul eie na die rehabilitasiesentrum te gaan en onmiddelik in te skakel by rehabilitasieprogramme (Miller, 2013: 123; Saitoh *et al.*, 1992: 235). By so gesin word daar aanbeveel dat die fokus van berading meer op die alkohol-afhanklike moet wees, eerder as die gesin, maar dit is noodsaaklik om daarop te let dat die gesin steeds by die rehabilitasieprogram betrek moet word indien die gesin die behoefte het om by die rehabilitasieprogram betrek te word (Miller, 2013: 123).

Die **afwesige alkoholiese gesin** word gekenmerk deur permanente skeiding tussen die alkohol-afhanklike en sy/haar gesin (Miller, 2013: 123; Saitoh *et al.*, 1992: 235). Die alkohol-afhanklike het nie meer 'n gesin waarnatoe hy kan draai vir die nodige ondersteuning nie en dus is dit van kardinale belang dat die maatskaplike werker die alkohol-afhanklike tydens die rehabilitasieprogram help om nuwe ondersteuningsnetwerke te vorm (Miller, 2013: 123).

Ongeag die gesinstipe, is dit noodsaaklik dat die maatskaplike werker die fokus van dienslewering op die sub sisteem van die gesin rig. Die rede daarvoor is omdat die gesin veronderstel is om hul eie balans en struktuur te hervorm terwyl die maatskaplike werker net as fasiliteerder dien. Die maatskaplike werker moet dus fokus op die impak wat alkohol-afhanklikheid op die individuele gesinslede, die gesin as geheel sowel as die sub sisteem het, sodat 'n evaluasie gemaak kan word of die verandering wat tydens intervensie plaasgevind het, tot voordeel van die gesin is (Fischer & Harrison, 2013: 230).

Anders as gesinsberading, verwag die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling nie dat berading aan die egpaar tydens 'n rehabilitasieprogram gelewer word nie en sodoende word die noodsaaklikheid van berading aan hierdie sub sisteem misgekyk. Tydens 'n rehabilitasieprogram word net twee tot drie intervensiesessies aan berading vir die paar afgestaan (Miller, 2012: 123). Die egpaar het egter baie meer intervensiesessies nodig om wanaangepaste interaksie- en kommunikasiepatrone te herstel. Weens hierdie rede word daar volgens die minimum norme en standaarde vir binnepatiënt-rehabilitasiesentrums verwag dat die alkohol-afhanklike en gesinslede na rehabilitasie verwys word na ander instansies sodat verdere berading ontvang kan word (Departement Maatskaplike Ontwikkeling, 1992: 45). Dit is dus van kardinale belang dat die egpaar na rehabilitasie verwys word na 'n instansie of ondersteuningsgroepe, soos byvoorbeeld Al-Anon, wat verdere berading aan die egpaar kan bied. Berading aan die egpaar sal dus onafhanklik en buite die rehabilitasiesentrum plaasvind. Aangesien berading aan die egpaar buite 'n rehabilitasiesentrum plaasvind, kan daar verstaan word dat hierdie intervensie op die makrovelde van die ekologiese perspektief plaasvind. Die makrosisteem word vervolgens bespreek.

c) *Makrosisteem*

Die breedste omgewingskonteks is die makrosisteem (Louw & Louw, 2007: 27; Archer, 2008: 222). Die makrosisteem is die groter sisteem van kulturele oortuigings, waardes en gewoontes van die samelewing sowel as politiese tendense (Swick & Williams, 2006: 372; Healy, 2005: 140). Hierdie sisteem stel individue instaat om bedreigings (diskriminasie) te hanteer en sodoende 'n beter lewensstandaard te handhaaf (Swick & Williams, 2006: 372). Die makrosisteem sluit verskeie wetlike aspekte in wat beskerming aan die alkohol-afhanklike bied teen enige onregverdige en ongelyke optredes teenoor alkohol-afhanklikes. Die Suid-Afrikaanse Grondwet, 108 van 1996 en die Nasionale Dwelm-Meesterplan (NDMP) is noodsaaklike beleidsdokumente waarmee die maatskaplike werker bekend moet wees indien dienste aan alkohol-afhanklikes gelewer word.

'n Verdere beleidsdokument wat as riglyn dien vir 'n rehabilitasiesentrum en -program is die Wet op Voorkoming en Behandeling van Middel-Afhanklikheid No 20 van 1992. Die

Departement van Maatskaplike Ontwikkeling administreer hierdie wetgewing en dit voorsien 'n wetlike raamwerk vir die minimum norme en standaarde waaraan 'n rehabilitasie sentrum en -program moet voldoen. Volgens die minimum norme en standaarde vir binnepasiënt-rehabilitasiesentrums word daar verwag dat gesinslede na ondersteuningsgroepe buite die rehabilitasiesentrum verwys word en wat die gesinslede sal help om mede-afhanklikheid aan te spreek (byvoorbeeld Al-Anon). Verder verwag die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling dat rehabilitasiesentrums instaat is om alkohol-afhanklikes se gesinslede na instansies te verwys waar geestes- en ontwikkelingsprobleme wat veroorsaak is deur alkohol-afhanklikheid, soos byvoorbeeld depressie en swak skoolastiese vordering, aangespreek kan word.

i) Ondersteuningsgroepe as 'n intervensiemetode op die makrovlak van die ekologiese perspektief

Ondersteuningsgroepe, byvoorbeeld Alkoholiste Anoniem (AA), Secular Organizations for Sobriety (SOS), SMART Recovery (Self-Management And Recovery Training) en Women for Sobriety (WFS) is intervensie metodes wat op die makrovlak van die ekologiese perspektief benut kan word om alkohol-afhanklikheid aan te spreek. Net soos die minimum norme en standaarde vir binnepasiënt-rehabilitasiesentrums vereis dat gesinne by ondersteuningsgroepe moet insakel, word daar ook vereis dat die alkohol-afhanklike, na afloop van die rehabilitasieprogram, by bogeneoemde ondersteuningsgroepe moet insakel (Departement Maatskaplike Ontwikkeling, 2008: 45). Hierdie ondersteuningsgroepe help die alkohol-afhanklike om soberheid te handhaaf en dit voorsien ook die nodige ondersteuning aan die individue om daaglikse uitdagings (byvoorbeeld spanning) te hanteer (Smith, Saisan & Segal, 2014). Ondersteuningsgroepe stel ook die alkohol-afhanklike instaat om met individue interaksie te hê wat deur soortgelyke situasies as hulself gaan en sodoende ontvang die alkohol-afhanklike die nodige raad rakende hoe om gevoelens van isolasie, hopeloosheid en vrees oor terugslae te verminder (Krucik, 2012).

3.4 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is 'n duidelike omskrywing van gesinsberading gebied en die noodsaaklikheid daarvan tydens die rehabilitasie van 'n alkohol-afhanklike is uitgelig. Die werking van 'n rehabilitasiesentrum asook die rol van die maatskaplike werker in die rehabilitasieprogram is ook bespreek. Verskeie teorieë, perspektiewe en modelle wat tydens individuele- en gesinsberading in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes benut kan word, is weergegee. Elkeen van bogenoemde teorieë, perspektiewe en modelle verskaf 'n ander oplossing van hoe alkohol-afhanklikheid aangespreek kan word. Sommige van die teorieë, perspektiewe en modelle fokus alleenlik op die alkohol-afhanklike terwyl ander weer daarop gerig is om berading te bied aan 'n gesin waar alkohol-afhanklikheid voorkom. Teorieë, perspektiewe en modelle wat 'n maatskaplike werker kan benut tydens berading

aan 'n gesin waar alkohol-afhanklikheid voorkom, is ook uitgelig en bespreek. Indien die beste uitkomst (langtermyn onthouding) bereik wil word, is dit noodsaaklik dat 'n maatskaplike werker daarop let dat aspekte van bogenoemde teorieë, perspektiewe en modelle gekombineer moet word aangesien alkohol-afhanklikheid nie net die alkohol-afhanklike se lewe ontwig nie, maar ook 'n groot aantal mense om hulle.

HOOFSTUK 4: EMPIRIESE ONDERSOEK NA DIE ROL VAN 'N MAATSKAPLIKE WERKER IN REHABILITASIESENTRUMS VIR ALKOHOL-AFHANKLIKES VANUIT 'N EKOLOGIESE PERSPEKTIEF

4.1 INLEIDING

Die doel van hierdie hoofstuk is om ondersoek in te stel oor die rol van maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes, ten einde aanbevelings te maak vir effektiewe dienslewering deur rehabilitasieprogramme vir alkohol-afhanklikes. Hierdie hoofstuk fokus op die vierde doelwit van die studie, naamlik om 'n empiriese ondersoek te onderneem na die rol van maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes vanuit 'n ekologiese perspektief.

Vervolgens word 'n bondige oorsig oor die navorsingsmetodiek gegee. Die hoofstuk sal 'n oorsig bied oor die voorbereiding vir die ondersoek en 'n verduideliking oor hoe die data ingesamel en verwerk is sal volg. Daarna word die resultate van die empiriese studie uiteengesit.

4.2 VOORBEREIDING VIR DIE ONDERSOEK

Die empiriese ondersoek is uitgevoer, soos in die eerste hoofstuk van hierdie studie beskryf. Beide kwantitatiewe en kwalitatiewe benaderings is benut om 'n meer betekenisvolle begrip vir die onderwerp van hierdie studie te ontwikkel. Tydens hierdie ondersoek is beide 'n verkennende en beskrywende navorsingsontwerp benut, aangesien die beskikbare literatuur 'n gebrek aan inligting toon aangaande die rol van 'n maatskaplike werker tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes. Daarom verskaf verkennende navorsing nuwe insig in hierdie area, terwyl beskrywende navorsing die maatskaplike werkers se siening oor die spesifieke onderwerp weergee.

Data is deur die gebruik van semi-gestruktureerde vraelyste tydens drie-en-twintig afsonderlike onderhoude versamel. Dit het dus verseker dat die navorser individuele aandag aan elke deelnemer gee. Die vraelys bevat beide oop- en geslote vrae wat dus kwantitatiewe en kwalitatiewe data-insameling moontlik maak. Die samestelling van die vrae het berus op inligting wat vanuit die literatuurstudie verkry is. Die data wat deur die vraelyste versamel is, is gekodeer en in tabelle, figure en narratiewe styl aangebied. Daar is ook temas en subtemas geïdentifiseer ten einde relevante patrone te bepaal.

4.3 DIE NAVORSINGSPROSES

4.3.1 Navorsingsbenaderings en navorsingsontwerp

Die empiriese ondersoek na die rol van maatskaplike werkers in rehabilitasiesentrums vir alkohol-afhanklikheid vanuit 'n ekologiese perspektief het gebruik gemaak van beide kwantitatiewe en kwalitatiewe benaderings om 'n meer betekenisvolle begrip van die onderwerp van die studie te ontwikkel. By die kwantitatiewe benadering was daar van die deelnemers verwag om by die tabelle van die vraelys toepaslike opsies te kies wat dien as antwoorde op literatuur-gebaseerde vrae. Die kwalitatiewe benadering is benut om vir die maatskaplike werkers 'n geleentheid te gee om hul siening oor die rol van 'n maatskaplike werker in 'n rehabilitasiesentrum vir alkohol-afhanklikes vanuit 'n ekologiese perspektief, weer te gee. Tydens hierdie ondersoek is beide 'n verkennende en beskrywende navorsingsontwerp benut, aangesien die beskikbare literatuur 'n gebrek aan inligting bevat aangaande die rol van 'n maatskaplike werker in rehabilitasiesentrums vir alkohol-afhanklikes vanuit 'n ekologiese perspektief. Daarom verskaf verkennende navorsing nuwe insig in hierdie area, terwyl beskrywende navorsing die maatskaplike werkers se siening oor hul rol in 'n rehabilitasiesentrum vir alkohol-afhanklikes vanuit 'n ekologiese perspektief weergee.

4.3.2 Steekproef en steekproefneming

Die definisie van 'n steekproef behels dat sekere elemente van die populasie oorweeg word om by die navorsingstudie ingesluit te word (De Vos *et al.*, 2011: 234; Bless *et al.*, 2009: 185). Drie-en-twintig maatskaplike werkers, wat werksaam was by 'n rehabilitasiesentrum in die Wes-Kaap, het deel uitgemaak van die steekproef vir hierdie navorsing. Alle maatskaplike werkers wat ingesluit is by hierdie steekproef het aan die vasgestelde kriteria voldoen, naamlik dat hulle werksaam was by 'n rehabilitasie sentrum in die Wes-Kaap.

Doelgerigte steekproefneming is vir hierdie studie benut aangesien drie-en-twintig spesifieke maatskaplike werkers deur die navorser gekies is om as steekproef vir hierdie navorsingstudie te dien. Deur die doelgerigte steekproefneming te benut, het die navorser 'n goeie idee van beide die aantal persone in die steekproef asook hulle eienskappe. Deur hierdie metode van steekproefneming te benut, kon die navorser seker wees dat die steekproef verteenwoordigend was van die spesifieke populasie. Maatskaplike werkers wat deel uitgemaak het van die doelgerigte steekproefneming het almal dienste gelewer in 'n rehabilitasiesentrum in die Wes-Kaap.

4.3.3 Loodsstudie

'n Loodsonderhoud is 'n klein studie wat voor die finale navorsingstudie afgehandel word, met die doel om te bepaal of die navorsingstudie uitvoerbaar is, die inhoud van die vraelys

geldig is en wat die tydsduur van die voltooiing van die vraelys is (Bless *et al.*, 2009: 184; Kumar, 2011: 11; De Vos *et al.*, 2011: 195). 'n Loodsstudie is deur die voltooiing van semi-gestruktureerde vraelyste met twee respondente afgehandel om vas te stel of die studie uitvoerbaar is. Minimale aanpassings is na die loodsstudie aan die semi-gestruktureerde vraelys aangebring. Die loodsstudie was dus van waarde aangesien dit verseker het dat die vrae op die vraelys vir die deelnemers verstaanbaar is.

4.3.4 Data-insameling

Alvorens data-insameling onderneem is, is skriftelike toestemming van al die deelnemers ontvang om die navorsingstudie by die betrokke rehabilitasiesentrums te kan loods. Data is deur die gebruik van drie-en-twintig semi-gestruktureerde onderhoude ingesamel, wat elk ongeveer 45 minute geduur het. Die vraelys het bestaan uit oop- en geslote vrae wat dus kwantitatiewe en kwalitatiewe data-insameling moontlik gemaak het. Elke vraag in die semi-gestruktureerde vraelys was gegrond op literatuur vanuit hoofstukke twee en drie en is op so wyse bewoord dat spesifieke data van die drie-en-twintig respondente ingesamel kon word. Die onderhoude is op oudioband opgeneem en daarna getranskribeer tot rekenaardokumente.

4.4 NAVORSINGSRESULTATE

Die volgende afdeling fokus op die analise van die bevindinge wat deur onderhoudvoering en die voltooiing van vraelyste versamel is. Die resultate van die bevindinge is verwerk en hierdie verwerkte gegewens word vervolgens in tabelle, figure en narratiewe styl aangebied. Daar is ook temas en subtemas geïdentifiseer sodat relevante patrone bepaal kon word.

4.4.1 Identifiserende besonderhede

Die individue wat aan die betrokke studie deelgeneem het, is gevra om verskeie vrae te beantwoord ten einde die navorser instaat te stel om die deelnemers se identifiserende besonderhede te bekom. Hierdie identifiserende besonderhede het 'n profiel geskep van al die deelnemers wat aan die insluitingskriteria van die studie voldoen het. In Tabel 4.1 word die profiel van elke deelnemer weergegee met verwysing na hulle ouderdom, ondervinding, tydperk verbonde aan die instansie, hoogste kwalifikasie in maatskaplike werk en enige ander bykomende kwalifikasies.

Tabel 4.1: Profiel van deelnemers

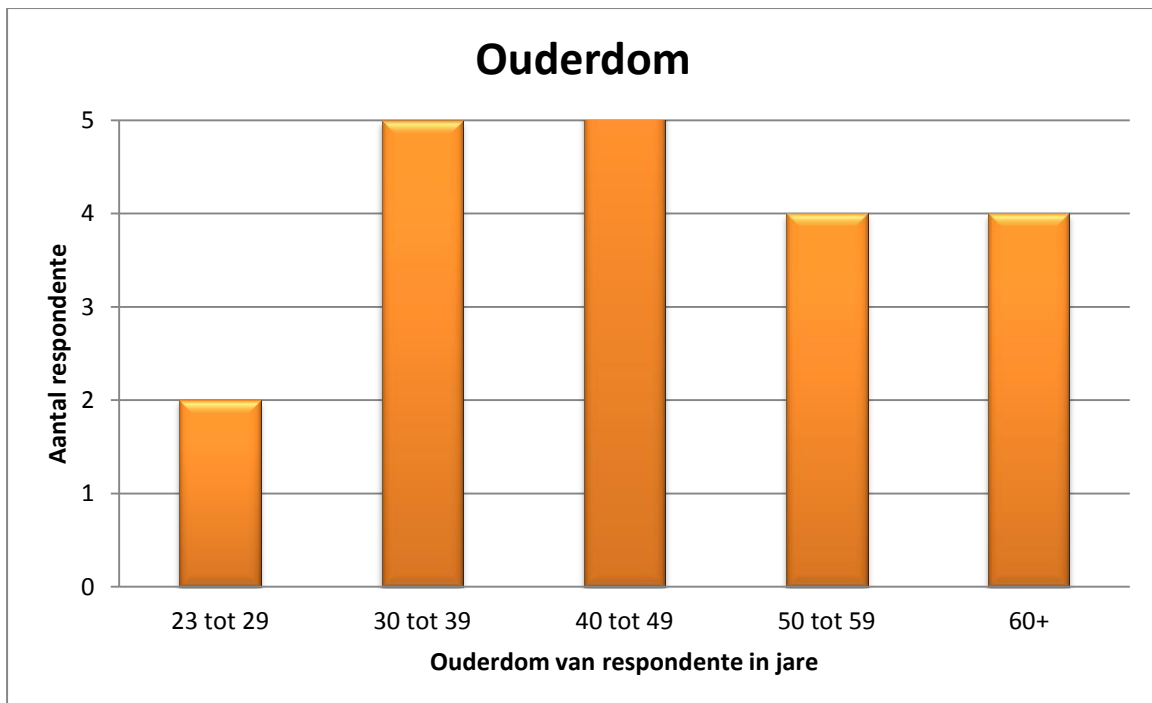
Deelnemer	Ouderdom	Ondervinding	Tydperk verbonde aan die instansie	Hoogste kwalifikasie in maatskaplike werk	Bykomende kwalifikasies
1.	49	25 jaar	8 jaar	B.A Maatskaplike werk (4 jaar)	Geen
2.	30	9 jaar	5 jaar	B.A Maatskaplike Werk (3 jaar)	Nagraadse sertifikaat in international gemeenskapsonwikkeling
3.	41	10 jaar	2 jaar	B.A Maatskaplike Werk (3 jaar)	Geen
4.	49	22 jaar	1 jaar 3 maande	B.A Maatskaplike Werk (4 jaar)	Honneurs in sielkunde
5.	53	32 jaar	8 jaar	B.Diac Maatskaplike Werk (4 jaar)	Diploma in afhanklikheid
6.	43	15 jaar	1 jaar 3 maande	B Maatskaplike Werk (4 jaar)	Geen
7.	29	5 jaar	2 jaar 6 maande	B.A Maatskaplike Werk (4 jaar)	Graad in kunstherapie
8.	51	28 jaar	10 maande	B.A Maatskaplike Werk (4 jaar)	Geen
9.	35	14 jaar	6 maande	B.A Maatskaplike Werk Honeurs	Nagraadse sertifikaat in afhanklikheid
10.	35	6 jaar	5 jaar	B.A Maatskaplike Werk (4 jaar)	Geen
11.	54	32 jaar	2 jaar	B.A Maatskaplike Werk (3 jaar)	Geen
12.	66	30 jaar	7 jaar 6 maande	B Maatskaplike Werk (3 jaar)	Diploma in kleuteropvoeding Nagraadse sertifikaat in afhanklikheid
13.	48	22 jaar	21 jaar	B Maatskaplike Werk (4 jaar)	Nagraadse sertifikaat in afhanklikheid
14.	66	14 jaar 6 maande	6 jaar	B.A Maatskaplike Werk (3 jaar)	Honneurs in demografie
15.	36	12 Jaar	11 Jaar	B.A Maatskaplike Werk (4 jaar)	Geen
16.	28	6 jaar	3 jaar	M Maatskaplike Werk	Geen
17.	64	34 jaar	18 jaar	B.A Maatskaplike Werk (3 jaar)	Geen

18.	48	25 jaar	8 jaar	B.A Maatskaplike Werk (4 jaar)	Geen
19.	62	38 jaar	7 maande	B.A Maatskaplike Werk (3 jaar)	Geen
20.	42	7 jaar	6 jaar	B.A Maatskaplike Werk (4 jaar)	Diploma in jeugwerk
21.	51	29 jaar	5 maande	B.A Maatskaplike Werk (4 jaar)	Geen
22.	32	8 jaar	4 jaar	B.A Maatskaplike Werk (4 jaar)	Geen
23.	44	18 jaar	8 weke	B.A Maatskaplike Werk Honeurs	Geen

N=23

4.4.1.1 Ouderdom

Die respondente is versoek om hulle ouderdom aan te dui. Die resultate wat verkry is, is aangedui in Figuur 4.1



N=23

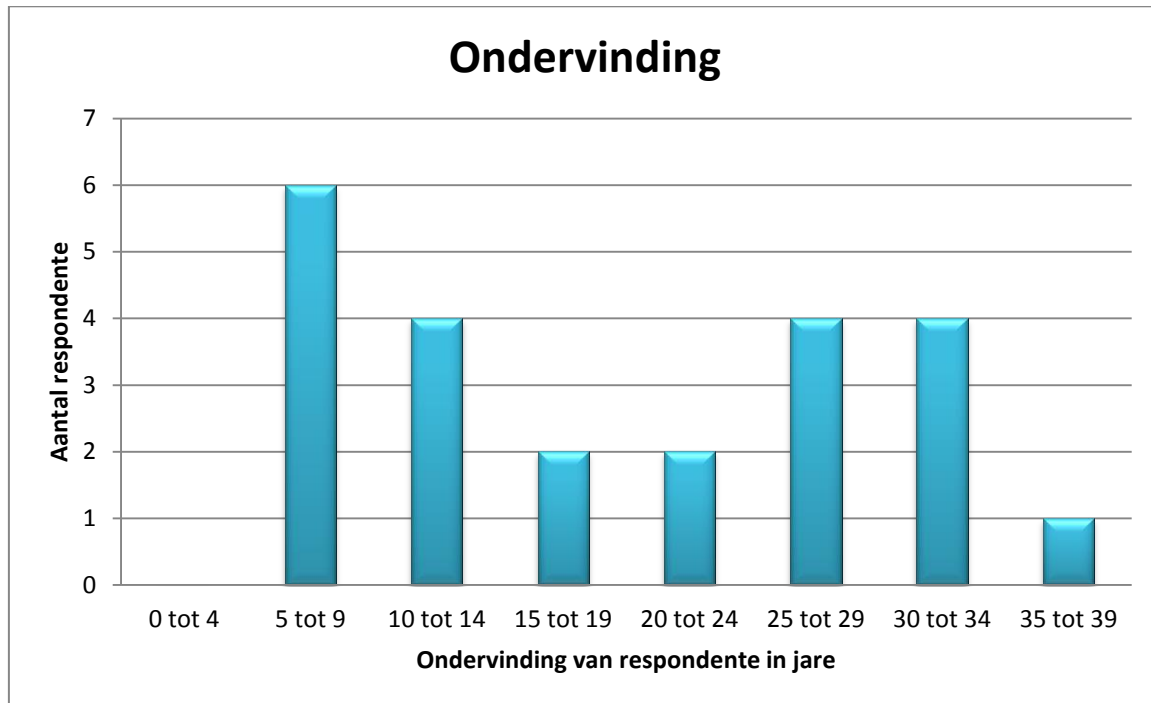
Figuur 4.1: Ouderdom van respondente

Uit Figuur 4.1 is dit duidelik dat die meerderheid van respondente (10=43%) tussen dertig en nege-en-veertig jaar oud was. Slegs twee respondente (2=9%) was tussen drie-en-twintig en vyf-en-twintig jaar oud. 'n Gelyke aantal respondente was onderskeidelik tussen vyftig en nege-en-vyftig (4=17%) jaar oud en ouer as 60 jaar (4=17%). Die afleiding wat gemaak word

is dat die meerderheid respondente (18=78%) maatskaplike werkers is wat in hul middel en laat volwasse lewensjare is, en dus oor baie ondervinding as maatskaplike werkers beskik.

4.4.1.2 Werksondervinding

Die respondente is versoek om hulle jare ondervinding as maatskaplike werker aan te dui. Die resultate wat verkry is, is in Figuur 4.2 uiteengesit.



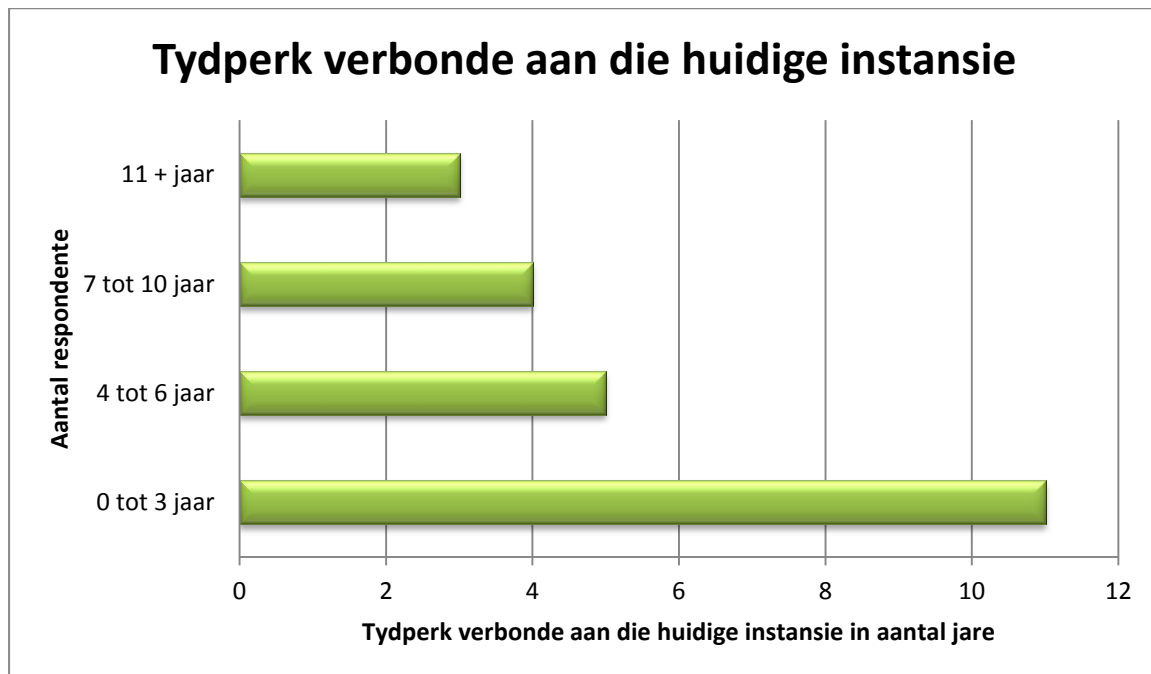
N=23

Figuur 4.2: Jare ondervinding van respondente

Figuur 4.2 dui daarop dat ses respondente (6=26%) tussen vyf en nege jaar se ondervinding as maatskaplike werkers beskik. 'n Gelyke aantal respondente beskik onderskeidelik tussen tien tot veertien jaar (4=17%) werkondervinding, tussen vyf-en-twintig tot nege-en-twintig jaar (4=17%) werkondervinding, en tussen dertig en vier-en-dertig jaar (4=17%) werkondervinding. Daar is geen respondente (0=0%) wat drie jaar of minder werkondervinding as maatskaplike werkers het nie. Dit wil voorkom asof die meerderheid van respondente 10 jaar en meer ondervinding het en dus kan daar tot 'n gevolgtrekking kom dat maatskaplike werkers 'n loopbaan bou in hierdie spesifieke veld en gewoonlik ervaring het as maatskaplike werker voordat hulle in die veld inbeweeg.

4.4.1.3 Tydperk verbonde aan die huidige instansie

Die respondente is versoek om die tydperk wat hulle verbonde is aan die huidige instansie aan te dui. Die resultate wat verkry is, is in Figuur 4.3 uiteengesit.



N=23

Figuur 4.3: Tydperk verbonde aan die huidige instansie

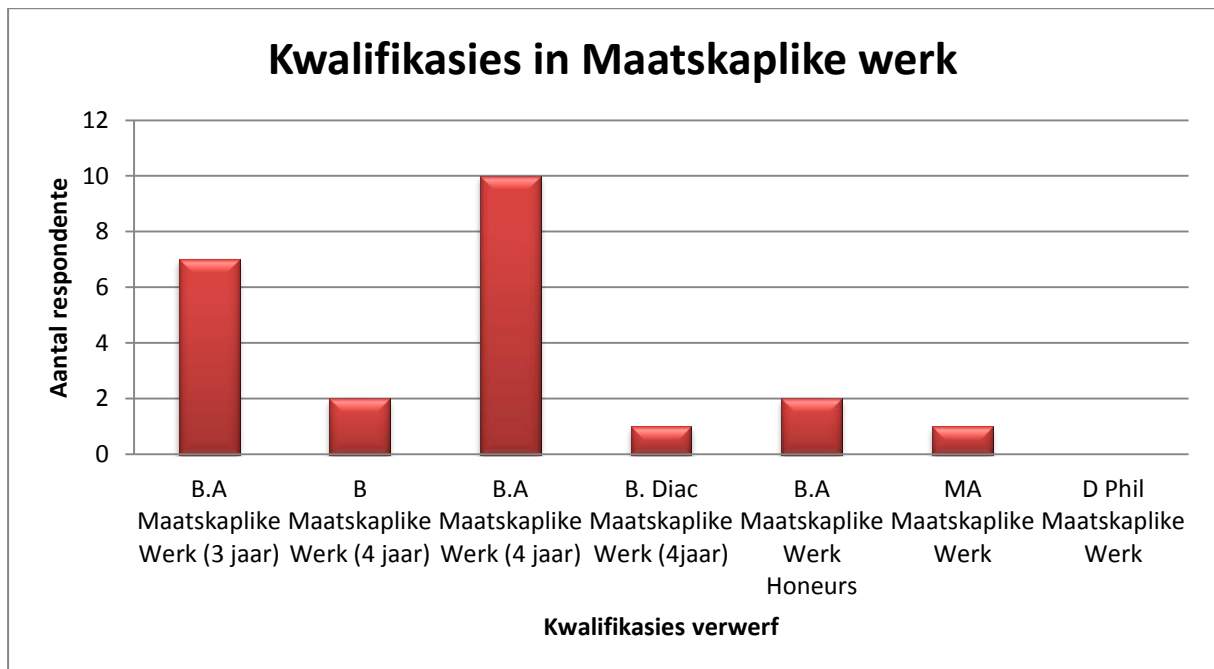
Uit figuur 4.3 is dit duidelik dat die meerderheid van die respondente (11=48%) vir 'n tydperk van drie jaar of minder verbonde is aan hulle huidige instansie. Vyf respondente (5=20%) was tussen vier en ses jaar verbonde aan hulle huidige organisasie, vier respondente (4=17%) tussen sewe en tien jaar en drie respondente (3=13%) langer as 11 jaar verbonde aan hulle huidige instansie. Die meerderheid respondente (11=48%), wat die helfte van die totale respondente uitmaak, is drie jaar of minder verbonde aan hulle huidige organisasie.

Die afleiding wat vanuit Figuur 4.3 gemaak kan word is dat die meeste respondente (16=70%) oor ses jaar of minder werksondervinding binne hulle huidige organisasie beskik. Hierdie bevindinge korreleer nie met die bevindinge vanuit Figuur 4.2 wat daarop dui dat die meeste respondente oor meer as 10 jaar werkservaring in maatskaplike werk beskik nie. Dit wil voorkom asof amper die helfte van die respondente werksaam was by 'n ander instansie vir alkohol-afhanklikheid voor hulle by die betrokke instansie ingeskakel het.

Dit wil ook voorkom asof 'n klein hoeveelheid respondente sewe jaar of langer werksondervinding binne hulle huidige organisasie het. Hierdie gevolgtrekking word gemaak aangesien slegs sewe respondente (7=30%) 'n tydperk van sewe jaar en langer verbonde was aan hulle huidige organisasie.

4.4.1.4 Hoogste kwalifikasie in maatskaplike werk

Die respondente is versoek om hul hoogste kwalifikasie in maatskaplike werk aan te dui. Die resultate wat verkry is, is in Figuur 4.4 uiteengesit.



N=23

Figuur 4.4: Hoogste kwalifikasie in maatskaplike werk

Volgens Figuur 4.4 beskik die meerderheid respondente (10=43%) oor 'n B.A Maatskaplike Werk (4 jaar) graad as hoogste kwalifikasie. Sewe respondente (7=30%) het B.A Maatskaplike Werk (3 jaar) aangedui as hulle hoogste kwalifikasie in maatskaplike werk. Verder het twee respondente (2=8%) aangedui dat hulle oor 'n B Maatskaplike Werk (4 jaar) kwalifikasie beskik en een respondent (1=4%) beskik oor 'n B. Diac Maatskaplike Werk (4jaar) kwalifikasie.

Uit figuur 4.4 is dit duidelik dat twee respondente (2=8%) se hoogste kwalifikasie wat hulle in maatskaplike werk verwerf het, B.A Maatskaplike Werk Honeurs is en een respondent (1=4%) het aangedui dat hulle oor 'n MA Maatskaplike Werk-kwalifikasie beskik. Geen respondente (0=0%) beskik oor 'n D.Phil maatskaplike werk kwalifikasie nie. Die afleiding wat hieruit gemaak word is dat die minderheid respondente (3=13%) oor 'n nagraadse kwalifikasie in maatskaplike werk beskik aangesien die meerderheid respondente (20=87%) slegs oor 'n voorgraadse maatskaplike werk kwalifikasie beskik.

4.4.2 Die aard van alkohol-afhanklikheid

Die volgende afdeling van die empiriese studie fokus op die aard van alkohol-afhanklikheid, aangesien respondente se siening oor die aard van alkohol-afhanklikheid ondersoek is.

4.4.2.1 Individuele behoeftes van die individu wat alkohol-afhanklikheid kan veroorsaak

Met betrekking tot die behoeftes van 'n individu wat van alkohol-afhanklik is, is daar van die respondente verwag om die behoeftes uit te lig wat, na hul mening, kan lei tot alkohol-afhanklikheid. Maslow se hiërargie van basiese behoeftes is benut om die verskillende behoeftes te identifiseer. Die resultate wat verkry is, word in Tabel 4.2 uiteengesit en die respondente kon, indien van toepassing, meer as een behoefte aandui.

Tabel 4.2: Individuele behoeftes van alkohol-afhanklikes

Individuele behoeftes van alkohol-afhanklikes	Aantal respondente	Persentasie
Fisiologiese behoeftes		
Behoeftes aan kos	8	35%
Behoeftes aan hitte	10	43%
Behoeftes aan water	6	26%
Veiligheids- of sekuriteitsbehoefte		
Behoeftes aan struktuur	16	70%
Behoeftes aan orde	12	52%
Behoeftes aan voorspelbaarheid	10	43%
Behoeftes aan liefde en om te behoort		
Behoeftes om iemands te behoort	22	96%
Behoeftes om 'n verhouding met ander te hê	21	91%
Behoeftes aan selfagting		
Behoeftes aan selfrespek	19	82%
Behoeftes aan onafhanklikheid	16	70%
Behoeftes aan prestasie	14	61%
Selfaktualiseringsbehoefte		
Behoeftes aan ouerskap	11	48%

N=23

* Respondente kon meer as een antwoord voorsien

a) *Behoeftes aan liefde en om te behoort*

Uit tabel 4.2 is dit duidelik dat die respondente die derde vlak van Maslow se hiërargie, naamlik behoefte aan liefde en om te behoort, as die hoof behoefte geïdentifiseer het wat aanleiding kan gee tot die ontstaan van alkohol-afhanklikheid. Daar het 22 (96%) respondente aangedui dat 'n behoefte om iemands te behoort daartoe aanleiding kan gee dat 'n individu van alkohol afhanklik raak, terwyl 21 (91%) respondente die behoefte om 'n verhouding met ander te hê as 'n oorsaak van alkohol-afhanklikheid beskou. Dit maak dus

die behoefte om iewers te behoort, volgens die mening van die respondente, die vernaamste rede waarom 'n individu van alkohol afhanklik kan raak.

Hierdie bevinding is bevestig in die literatuur (De Wet, 1999; Fox & Wilson, 2011: 76) wat aangedui het dat on vervulde behoeftes op die derde vlak van Maslow se hierargie die hoofbehoefte is wat aanleiding gee tot die ontstaan van alkohol-afhanklikheid. Om daardie rede bevestig die literatuur die bostaande bevindinge van die studie wat aandui dat die behoefte aan liefde en om iewers te behoort as van die belangrikste redes vir die ontstaan van alkohol-afhanklikheid geïdentifiseer kan word.

b) Behoeftes aan selfagting

Naas die behoefte aan liefde en om te behoort, het die respondente Maslow se vierde vlak van behoeftes, naamlik die behoefte aan selfagting as die tweede belangrikste behoefte geïdentifiseer wat aanleiding kan gee tot alkohol-afhanklikheid, aangesien 19 (82%) respondente aangedui het dat 'n behoefte aan selfrespek alkohol-afhanklikheid kan veroorsaak. Verder het 16 (70%) respondente aangedui dat 'n behoefte aan onafhanklikheid alkohol-afhanklikheid kan veroorsaak en 14 (61%) respondente het aangedui dat 'n behoefte aan prestasie alkohol-afhanklikheid kan veroorsaak. Die onvermoë om hierdie behoeftes te bevredig lei, volgens Sarma en Van der Hoek (2004) en Tikkanen (2007: 723) tot gevoelens van minderwaardigheid, swakheid en hulpeloosheid. Weens die feit dat die inname van alkohol 'n individu in staat stel om bogenoemde gevoelens te hanteer of te onderdruk, word 'n groter hoeveelheid alkohol ingeneem en hul kanse om van alkohol afhanklik te raak, verhoog.

c) Veiligheids- en sekuriteitsbehoefte

Die veiligheids- en sekuriteitsbehoefte is, volgens die respondente se mening, die derde belangrikste behoefte wat aanleiding gee tot alkohol-afhanklikheid. Hierdie behoefte is in drie sub-afdelings verdeel naamlik 'n behoefte aan struktuur, orde en voorspelbaarheid. Daar het 16 (70%) respondente aangedui dat 'n behoefte aan struktuur alkohol-afhanklikheid kan veroorsaak. Verder het 12 (52%) respondente aangedui dat 'n behoefte aan orde, alkohol-afhanklikheid kan veroorsaak terwyl 10 (43%) respondente aandui dat 'n behoefte aan voorspelbaarheid alkohol-afhanklikheid kan veroorsaak.

Uit bogenoemde bevindinge is dit duidelik dat die behoefte aan struktuur, op die vlak van Maslow se hierargie, grootliks aanleiding gee tot alkohol-afhanklikheid aangesien De Wet (1999) en Burton (2012) aandui dat 'n gebrek aan struktuur veroorsaak dat 'n individu gevoelens van onsekerheid en onveiligheid ervaar. Indien hierdie gevoelens ondervind word, sal 'n individu alkohol inneem aangesien alkohol as 'n veiligheidsnet kan dien.

d) *Selfaktualiseringsbehoefte*

Die selfaktualiseringsbehoefte is, volgens die respondente se mening, die vierde belangrikste behoefte wat aanleiding gee tot alkohol-afhanklikheid. Die selfaktualiseringsbehoefte het een sub-afdeling naamlik die behoefte aan ouerskap. Daar het 11 (47%) respondente aangedui dat die behoefte aan ouerskap daartoe aanleiding gee dat 'n individu van alkohol afhanklik raak. Respondente is dus van mening dat indien hierdie behoefte nie bevredig word nie, dit tot alkohol-afhanlikheid kan lei. Hierdie bevindinge korreleer met Hagerty (1999: 254), Tikkanen (2007: 723), Saayman (1986: 34) en Fox en Wilson (2011: 75) wat van mening was dat selfaktualisering die hoogste kategorie van behoeftes in Maslow se hierargie is wat bereik kan word en hierdie behoefte sal slegs ontstaan indien al die voorafgaande behoeftes tot op 'n bevredigende vlak vervul is.

e) *Fisiologiese behoeftes*

Alhoewel die fisiologiese behoeftes die mees basiese en primêre behoeftes van elke mens is, het die minderheid respondente aangetoon dat 'n gebrek aan fisiologiese behoeftes alkohol-afhanklikheid kan veroorsaak. Die fisiologiese behoeftes is in drie sub-afdelings verdeel naamlik 'n behoefte aan hitte kos en water. Daar het 10 (43%) respondente aangedui dat 'n behoefte aan hitte aanleiding kan gee tot alkohol-afhanklikheid, agt respondente (8=35%) het aangedui dat 'n behoefte aan kos alkohol-afhanklikheid kan veroorsaak en ses respondente (6=26%) het aangedui dat 'n behoefte aan water alkohol-afhanklikheid kan veroorsaak. Volgens die literatuur (Fox & Wilson, 2011: 76; De Wet, 1999), gebruik individue alkohol op hierdie vlak van Maslow se hierargie om aan hulle fisiologiese behoeftes te voldoen. Indien hierdie behoeftes onbevredig bly, sal dit die individu se bestaan oorheers en 'n groter hoeveelheid alkohol word ingeneem met die doel om fisiologiese behoeftes te vervul.

4.4.3 Individuele behoeftes as belangrike redes vir voorkoms van alkohol-afhanklikheid

Deelnemers is versoek om twee redes, wat na hulle mening alkohol-afhanklikheid kan veroorsaak, te identifiseer. Die menings van deelnemers is in subtemas en kategorieë verwerk en is vervat in Tabel 4.3.

Tabel 4.3: Menings van deelnemers oor individuele behoeftes wat alkohol-afhanklikheid aanmoedig

Subtema	Kategorie	Persentasie
Behoeftes aan leiding in gesin en impak van omgewing	Gebrekkige oerleiding en gebrek aan struktuur	4=13%
	Blootstelling aan alkohol in gemeenskap	5=22%
	Blootstelling aan alkohol in huisgesin	2=8%
Behoeftes aan emosionele ondersteuning	Traumatiese ervarings	8=35%
	Gebrek aan hanteringsmeganisme	5=22%
	Swak selfbeeld	11=48%
Behoeftes aan sosiale ondersteuning	Behoeftes om iewers te behoort	18=78%
	Probleme met verhoudings	5=22%
	Eensaamheid	3=13%

4.4.3.1 *Behoeftes aan leiding en impak van die omgewing*

Volgens Tabel 4.3 is dit duidelik dat van die temas wat uit die studie na vore gekom het, sterk aansluit by Maslow se hierargie van basiese behoeftes wat reeds by vraag 1.4.2.1 bespreek is. Volgens Tabel 4.3 is die eerste subtema dat 'n gebrek aan leiding in die gesin en impak van die omgewing aanleiding gee tot alkohol-afhanklikheid. Die kategorieë wat geïdentifiseer is, is eerstens dat 'n **gebrek aan oerleiding en gebrek aan struktuur** alkohol-afhanklikheid veroorsaak. Dit word gestaaf deur die volgende kommentaar van deelnemers:

“Baie van hulle, veral die volwassenes, was daar nie regtig oerleiding nie, so hulle was soortvan toegelaat om aan te gaan op die manier wat hulle aangegaan het, sonder die korrekte leiding en struktuur en roetine en orde en boundaries”.

“Hy het nie lekker sterk riglyne nie”.

Bogenoemde kommentaar bevestig vorige bevindinge in hierdie studie wat daarop dui dat 'n behoefte aan struktuur aanleiding kan gee tot alkohol-afhanklikheid.

Die volgende **twee kategorieë** dui daarop dat alkohol-afhanklikheid veroorsaak word deur die **blootstelling aan alkohol in die gemeenskap asook in die huisgesin**.

Vyf deelnemers (5=22%) het aangedui dat die blootstelling aan alkohol in die gemeenskap, aanleiding gee tot alkohol-afhanklikheid. Kommentaar van die deelnemers was:

“Definitief die waardes van die gemeenskap, nê. Die misbruik wat as 'n norm gesien word in die gemeenskap.”

“Definitief hul omgewing”

“They are around a lot of alcohol abuse and then they will learn the behaviour. Not all the time, but it has an effect”.

“Just definitely the home environment as well”

Twee deelnemers (2=8%) het aangedui dat die blootstelling aan alkohol in die huisgesin veroorsaak dat 'n individu van alkohol afhanklik raak. 'n Deelnemer se kommentaar was as volg:

“En dan die ander ding is wat hulle in die ouerhuis sien. Waaraan word hulle blootgestel. Pa drink, ma drink, so dis sosiaal aanvaarbaar om te drink en dan raak jou kanse meer goed”.

Hierdie sienings van deelnemers oor die feit dat blootstelling aan alkohol in die omgewing en huisgesin alkohol-afhanklikheid veroorsaak, korreleer met die literatuur (Gifford *et al.*, 2010: 30; Hevey, 2007; GoodTherapy.org, 2014; McCann, *et al.*, 2011: 53) wat daarop dui dat indien 'n individu in hul kinderjare aan alkohol gebruik blootgestel word, is hulle vier keer meer geneig daartoe om as 'n volwassene van alkohol afhanklik te raak.

4.4.3.2 Behoefte aan emosionele ondersteuning

'n Verdere tema wat navore gekom het, is dat 'n behoefte aan emosionele ondersteuning 'n rede is wat alkohol-afhanklikheid kan ontwikkel. Ten opsigte van die onderskeie kategorieë, is die eerste kategorie dat traumatiese ervarings daartoe aanleiding gee dat 'n individu van alkohol afhanklik raak. Agt deelnemers (8=35%) het aangedui dat na hulle mening, 'n individu meer geneig daartoe is om van alkohol afhanklik te raak indien die individu 'n **traumatiese gebeurtenis** in hul lewe ervaar het.

“I would say traumatic events that happened that they want to cover up.”

Indien 'n individu 'n traumatiese gebeurtenis ervaar, moet die individu instaat wees om hierdie gebeure te hanteer. 'n Tweede kategorie wat dus navore gekom het is dat 'n **gebrek aan hanteringsmeganismes om traumatiese gebeure te hanteer** na alkohol-afhanklikheid kan lei. Vyf deelnemers (5=22%) het aangedui dat die rede waarom 'n individu van alkohol afhanklik raak, is om te ontsnap van die werklikheid aangesien hulle nie daartoe instaat is om traumatiese gebeure te hanteer nie. Kommentaar van die deelnemers was:

“As jy 'n trauma beleef het, jy seer gehad in jou lewe en jy wil nie daarmee deal nie dan raak addiction nogals 'n maklike escape vir jou van realiteit.”

“...they just use the alcohol as an escape from the problem.”

Hierdie menings van deelnemers oor individuele behoeftes wat alkohol-afhanklikheid aanmoedig, korreleer met Blair (2011) en McCann, *et al.* (2011: 50) se sieninge wat aandui dat indien individue 'n traumatiese gebeurtenis in hul lewe ondervind het, daardie individu meer geneig daartoe is om 'n groter hoeveelheid alkohol in te neem, aangesien alkohol aaklige herinneringe onderdruk. Die individu is sodoende ook meer geneig daartoe om alkohol-afhanklikheid te ontwikkel.

'n Verdere kategorie wat navore gekom het, is dat 'n **swak selfbeeld daartoe aanleiding gee dat 'n individu van alkohol afhankliкраак**. 'n Meerderheid van 11 (48%) deelnemers het aangedui dat indien die individu oor 'n swak selfbeeld beskik, die individu meer geneig daartoe is om van alkohol afhanklik te raak. Dit kan gestaaf word deur die volgende narratief van 'n deelnemer

“Een van die grootste goed is maar 'n baie swak selfbeeld.”

Literatuur (Alcohol rehab.com, 2014; Mordey, 2012; McCann, *et al.*, 2011: 50) het aangedui dat 'n lae selfbeeld en alkohol-afhanklikheid hand-aan-hand loop. Indien 'n individu gevoelens van minderwaardigheid of minder belangrikheid ervaar, is die individu meer geneig daartoe om na alkohol te gryp weens die feit dat alkohol bogenoemde gevoelens tydelik verdoof.

4.4.3.3 Behoefte aan sosiale faktore

'n Ander tema wat navore gekom het, is die feit dat die behoefte aan sosiale ondersteuning aanleiding gee tot alkohol-afhanklikheid. Die kategorieë wat geïdentifiseer is, is eerstens 'n behoefte om iewers te behoort. 'n Meerderheid van 18 (78%) deelnemers het die **behoefte om iewers te behoort**, geïdentifiseer as een van die hoofredes waarom 'n individu van alkohol afhanklik raak. Die kommentaar van 'n deelnemer was:

“As jy in jou gesin voel jy behoort nie en as jy in jou primêre gesin 'n behoefte het wat nie “gemeet” word nie, sien ek nogals baie mense na afhanklikheid gryp.”

Dit is duidelik dat die menings van deelnemers ooreenstem met vorige bevindinge van die studie, naamlik dat die meerderheid deelnemers aangedui het dat die vernaamste rede waarom 'n individu, na hulle mening, van alkohol afhanklik raak, is weens 'n behoefte om iewers te behoort. Hierdie menings van deelnemers word ook bevestig in literatuur (De Wet, 1999; Fox & Wilson, 2011: 76) wat getoon het dat onervulde behoeftes op die derde vlak van Maslow se hierargie, grootliks aanleiding gee tot alkohol-afhanklikheid.

'n Verdere kategorie wat na vore gekom het, was dat **probleme in verhoudings** alkohol-afhanklikheid veroorsaak. Vyf deelnemers (5=22%) het aangedui dat indien 'n individu

probleme in verhoudings ondervind, die individu meer geneig daartoe is om van alkohol afhanklik te raak. Die kommentaar van een deelnemer was:

“Huweliksprobleme, egskeidings en liefdesteleurstellings. Al daai.”

Die bogenoemde menings van deelnemers korreleer met die literatuur (McCann, *et al.*, 2011: 50) wat aangedui het dat interpersoonlike konflikte en 'n swak verhouding met ander individue, definitief daartoe aanleiding gee dat 'n individu van alkohol afhanklik raak.

Die volgende kategorie wat na vore gekom het is **eensaamheid**. Drie deelnemers (3=13%) het uitgelig dat eensaamheid alkohol-afhanklikheid veroorsaak en die stelling kan gestaaf word deur die volgende kommentaar van 'n deelnemer:

“Baie keer hier uit eensaamheid wat mense begin drink of begin pille gebruik.”

Hierdie menings van deelnemers, naamlik dat eensaamheid alkohol-afhanklikheid kan veroorsaak, word bevestig in die literatuur (Blair, 2011; Bennett, 2013; McCann, *et al.*, 2011: 51) wat aangetoon het dat verveeldheid en eensaamheid 'n belangrike faktor is wat daartoe aanleiding gegee het dat 'n individu van alkohol afhanklik raak.

4.4.4 Diagnostiese kriteria van alkohol-afhanklikheid

Daar is gepoog om te bepaal watter diagnostiese kriteria benut word om alkohol-afhanklikheid in die rehabilitasiesentrum te diagnoseer. Die bevindinge sal vervolgens bespreek word.

4.4.4.1 Diagnostiese kriteria wat benut kan word om alkohol-afhanklikheid te diagnoseer

Met betrekking tot die diagnosering van alkohol-afhanklikheid is die respondente gevra om aan te dui watter van die onderstaande diagnostiese kriteria hulle instansie gebruik om alkohol-afhanklikheid by individue te diagnoseer. Die resultate wat verkry is word in Tabel 4.4 uiteengesit. Meer as een diagnostiese kriterium kon aangedui word indien van toepassing.

Tabel 4.4: Diagnostiese kriteria van alkohol-afhanklikheid

Diagnostiese kriteria van alkohol-afhanklikheid	Aantal respondent	Persentasie
DSM-V TR diagnostiese kriteria	21	91%
Jellinek se fases van alkoholisme	13	57%
Jellinek se vyf vorme van alkoholiste	7	30%
Ander:		
Benut eie vooropgestelde diagnostiese kriteria	3	13%

N=23

* Respondente kon meer as een antwoord voorsien

Vanuit Tabel 4.4 is dit duidelik dat die meeste respondente (21=91%) die DSM-V TR benut om alkohol-afhanklikheid te diagnoseer. Naas die DSM-V het 13 respondente (13=57%) aangedui dat hulle Jellinek se fases van alkoholisme benut om alkohol-afhanklikheid te diagnoseer en 'n minderheid van sewe respondente (7=30%) benut Jellinek se vyf vorme van alkoholisme as diagnostiese kriteria. Drie respondente (3=13%) het egter aangedui dat hulle gebruik maak van hul eie vooropgestelde vorm van diagnose en sodoende nie bogenoemde diagnostiese kriteria benut nie.

Daar is bevind dat die meeste instansies dus wel van die bogenoemde diagnostiese kriteria gebruik maak vir die diagnose van alkohol-afhanklikheid. Bostaande data van die studie is dus in ooreenstemming met die literatuur (Fischer & Harrison, 2013: 115; Myrick, 2006; Milhorn, 1994: 33; Leggio *et al.*, 2009: 116) wat aandui dat die DSM-V TR, Jellinek se fases van alkoholisme en Jellinek se vyf vorme van alkoholisme benut behoort te word om alkohol-afhanklikheid te diagnoseer.

4.4.5 Rol van maatskaplike werker in intervensie tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes

Die volgende afdeling van die empiriese studie fokus op die rol van 'n maatskaplike werker tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol afhanklikes.

4.4.5.1 Dienslewering volgens vlakke van ekologiese perspektief

Daar is gepoog om te bepaal op watter van die verskillende vlakke van die ekologiese perspektief, die respondente tydens die rehabilitasieprogram dienste lewer. Die resultate wat verkry is, word in Tabel 4.5 uiteengesit.

Tabel 4.5: Dienslewering volgens die vlakke van die ekologiese perspektief

Vlakke van ekologiese perspektief		Aantal respondente	Persentasie
Mikrovlak			
Individuele berading aan die alkohol-afhanklike		23	100%
Mesovlak			
Gesinsberading	Aan die hele gesin	20	87%
	Aan die nie-alkoholiese eggenoot	15	65%
	Aan die kind/kinders	14	61%
Makrovlak			
Verwysing vir nasorgdienste deur instansie na ander instansies soos byvoorbeeld AA of Al-Anon		22	96%

N=23

Tabel 4.5 dui aan dat al die respondente (23=100%) op die mikrovlak van die ekologiese perspektief, individuele berading lewer tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes. Hierdie bevindinge korreleer met die literatuur (Lee,2010; O'Farrel & Fals-Stewart, 2003: 121; Kaufman en Yoshioka, 2005: 12) wat aandui dat rehabilitasieprogramme in rehabilitasiesentrums sterk daarop gerig is om individuele berading aan die alkohol-afhanklike te gee.

Op die mesovlak van die ekologiese perspektief het die meerderheid respondente (87%) aangedui dat hulle die hele gesin by berading insluit. Daar het 15 (65%) respondente aangedui dat die nie-alkoholiese eggenoot by dienslewering betrek word en volgens 14 (61%) respondente word die kind/kinders ook by dienslewering betrek. Uit Tabel 4.5 is dit ook duidelik dat intervensiemetodes op die mesovlak minder deur maatskaplike werkers benut word tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes. Statistiek dui daarop dat alkohol-afhanklike kinders, huweliksmaats, broers, susters en uitgebreide gesinslede het wat negatief beïnvloed word deur die inname van alkohol (Parsons, 2003; Rodrigo, 2009: 106). Weens hierdie rede is dit noodsaaklik dat die maatskaplike werker bogenoemde individue betrek by 'n rehabilitasieprogram. Dit is dus duidelik dat die literatuur korreleer met die bevinding, naamlik dat dienste gelewer word aan die hele gesin, die nie-alkoholiese eggenoot en die kind.

Indien daar na die makrovlak van die ekologiese perspektief gekyk word, het 22 (96%) respondente aangedui dat hulle na afloop van die rehabilitasieprogram, individue na ander instansies verwys sodat verdere berading ontvang kan word. Hierdie bevindinge bevestig die bevindinge in die literatuur (Michael's House, 2013) wat getoon het dat individue tydens nasorg aangemoedig word om in te skakel by ondersteuningsgroepe buite die rehabilitasiesentrum soos byvoorbeeld Alkoholiste Anoniem (AA). Dit wil dus voorkom asof maatskaplike werkers in rehabilitasiesentrums wel 'n rol speel op alle vlakke van die ekologiese perspektief, aangesien daar op alle vlakke van die ekologiese perspektief dienste gelewer word.

4.4.6 Aard van berading tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes

Op die mikrovlak van die ekologiese perspektief fokus berading alleenlik op die herstel van die alkohol-afhanklike. Daar was van die deelnemers verwag om die aard van berading wat maatskaplike werkers in die rehabilitasiesentrum aan alkohol-afhanklikes lewer, te verduidelik. Die subtemas en kategorieë wat uit die kwalitatiewe data navore gekom het, word in Tabel 4.6 weergegee.

Tabel 4.6: Aard van berading in 'n rehabilitasieprogram

Subtema	Kategorie	Persentasie
Vertrekpunte van rehabilitasieprogram	'n Holistiese benadering word gevolg	7=30%
	Multi-dissiplinêre spanbenadering word benut	5=22%
Benutting van groepwerk as intervensiemetode in 'n rehabilitasieprogram	Groepwerk as primêre vorm van berading	9=39%
	Inhoud van program: Opvoedkundige inligting oor alkohol-afhanklikheid word gegee	3=13%
	Inhoud van program: Vaardighede om alkohol-afhanklikheid te hanteer word aangeleer	15=65%
	Inhoud van program: Praktiese implementering van vaardighede	7=30%
Benutting van gevallewerk as intervensiemetode in 'n rehabilitasieprogram	Lewensgeskiedenis word geassesseer	8=35%
	Individuele behoeftes word bepaal	7=30%
	Finansiële vaardighede word verhoog	4=17%
	Persoonlike snellers word geïdentifiseer	4=17%

4.4.6.1 Vertrekpunte van rehabilitasieprogram

Die eerste tema wat navore gekom het is die vertrekpunte van 'n rehabilitasieprogram. Die kategorieë wat geïdentifiseer is, is eerstens dat 'n **holistiese benadering gevolg moet word** tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes. Weens die feit dat alkohol-afhanklikheid kompleks van aard is, het sewe deelnemers (7=30%) aangedui dat die rehabilitasieprogram 'n holistiese vertrekpunt het wat geïllustreer word in die kommentaar van twee deelnemers.

“So ja, ons bring soveel as moontlik ander aktiwiteite in, want ons glo in 'n holistiese program sodat alle aspekte kan ontwikkel.”

“Recovery really requires a holistic approach about getting sober.”

Die tweede kategorie wat geïdentifiseer is, is deur vyf (5=22%) deelnemers uitgelig. Hierdie kategorie toon dat 'n **multi-dissiplinêre spanbenadering benut word** in die rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes. Hierdie stelling word gestaaf deur die volgende kommentaar van die deelnemers:

“Dan het ons 'n biokenetikus, ons het 'n pastorale terapeut. Ons het 'n kreatiwiteitsbeampte soos 'n arbeidsterapeut. En dan het ons die dieëtkundige wat nou ons, ons kos word deur Feedem gemaak. En hulle dieëtkundiges werk die kos uit.”

“We have a number of complementary therapy. So we have art therapy, we have things like yoga and thai chi therapy. We have vegetable gardens, horse riding.”

Die bogenoemde menings van die deelnemers stem ooreen met die literatuur (Mosley, 2013; Mascott, 2006) wat dui dat daar tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes op al die komponente (emosioneel, fisies en geestelik) van 'n individu se lewe gefokus moet word indien die maatskaplike werker alkohol-afhanklikheid op 'n effektiewe wyse wil aangespreek. 'n Maatskaplike werker sal daarin slaag om 'n rehabilitasieprogram op 'n holistiese wyse aan te bied deur verskillende terapeutiese benaderings te gebruik, byvoorbeeld kunsterapie, danslesse, groepdromsessies, woedebestuur en boksterapie. Om in bogenoemde te slaag moet daar 'n multi-dissiplinêre span in die rehabilitasiesentrum beskikbaar wees. Die rede daarvoor is dat verskillende lede van die multi-dissiplinêre span gespesialiseerd is in 'n sekere veld (Stepping Stones, 2013).

4.4.6.2 Benutting van groepwerk as 'n intervensiemetode in 'n rehabilitasieprogram

'n Verdere tema wat navore gekom het was die benutting van groepwerk deur maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram. 'n Kategorie in hierdie subtema was dat groepwerk die primêre vorm van berading is. Nege deelnemers (9=39%) het aandui dat berading grootliks in groepsverband plaasvind omdat die alkohol-afhanklike eers bewus moet raak van wat afhanklikheid is, 'n begrip ontwikkel vir die gedrag wat getoon word, asook om van hul medegroepslede te leer, alvorens individuele berading gedoen word. Kommentaar van deelnemers was:

"It's primary group work. So I will explain it like this. The way that we look at this is that everybody has the same addictive behavior when they come here. So in the beginning they aren't really treated for the individual needs because we are trying to let them become aware of their behaviours".

In ooreenstemming, was 'n ander deelnemer se kommentaar as volg:

It is largely a group-driven programme. We have different types of groups. The whole day."

Die feit dat deelnemers aangedui het dat groepwerk 'n sentrale komponent vorm van intervensiemetodes wat deur maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram benut word, is bevestig in die literatuur. Groepwerk moedig wedersydse ondersteuning tussen pasiënte aan en skep 'n gemaklike atmosfeer waar individue hul gevoelens kan deel. Groepwerk word as 'n uitstekende intervensiemetode beskou om alkohol-afhanklikheid aan te spreek aangesien dit vir die individue 'n veilige omgewing skep waar hulle vrylik hul gevoelens kan uitdruk en ook die nodige ondersteuning ontvang, nie net van die groepsleier af nie, maar ook van die groepslede (Departement van Gesondheid, 2011; WebMD, 2011; Rehabs.com, 2014).

'n Tweede kategorie in hierdie subtema is dat die inhoud van 'n rehabilitasieprogram opvoedkundige inligting oor alkohol-afhanklikheid in groepsverband aan die alkohol-afhanklikes weergegee. Drie deelnemers (3=13%) het aangedui dat dit noodsaaklik is om alkohol-afhanklikes in te lig rakende die aard van alkohol-afhanklikheid ten einde 'n terugval te voorkom. Bogenoemde menings van deelnemers stem ooreen met literatuur (Rehabs.com, 2014) wat getoon het dat inligting oor die aard van alkohol-afhanklikheid in groepswerksessies aan die groepslede deurgegee word.

'n Derde kategorie wat navore gekom het is dat die inhoud van 'n rehabilitasieprogram behels dat vaardighede om alkohol-afhanklikheid te hanteer tydens groepwerksessies aangeleer word. Die meerderheid van 15 deelnemers (15=65%) het aangedui dat daar tydens groepsessies vir die individue verskillende vaardighede aangeleer word om alkohol-afhanklikheid te hanteer en sodoende die kans vir terugval te minimaliseer.

“...where the main focus when the client comes in for the first 28 days is to address their addiction and to provide them with tools in order to stop or stay stopped.”

Deelnemers het aangedui dat die aanleer van interpersoonlike vaardighede, soos beter kommunikasievaardighede en konflikhantering, van kardinale belang is tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes. Deur die alkohol-afhanklike se kommunikasievaardighede te verbeter, is die individu meer gemaklik daarmee om hul gevoelens uit te druk en om hulp te vra. Die alkohol-afhanklike ontvang sodoende die nodige ondersteuning en die kans vir 'n terugval word verminder. Dit is dus duidelik dat bogenoemde menings van deelnemers ooreen stem met die literatuur (Jarvis, Tebbutt, Mattick & Shand, 2005: 122; Rehab.com, 2014) wat daarop gedui het dat groepwerk vir die alkohol-afhanklike die geleentheid bied om in interaksie te tree met ander individue wat soortgelyke behoeftes as hulle ondervind en sodoende nuwe interpersoonlike vaardighede aanleer deur te luister wat ander groepslede sê en hul eie menings deur te gee.

'n Gelyke aantal deelnemers het aangedui dat verdere vaardighede wat aangeleer moet word tydens groepsessies, besluitnemingsvaardighede (1=4%), probleem-oplossingsvaardighede (1=4%), vaardighede om doelwitte te stel (1=4%) en die korrekte wyse van tydsbesteding (1=4%) insluit.

Bogenoemde stellings word deur die volgende kommentaar van deelnemers gestaaf:

“So dit is van die goed wat ek dek, verhoudings. uhm ja, soos ek gesê het, kommunikasie en assertiveness, besluitneming, konflik hantering, probleemoplossing en dan natuurlik alles gerig op die persoon se behoefte.”

“... ek leer vir hulle hoe om n doel te stel.”

“En dan ook maar vryetyd-besteding”

“Konflik hantering, want baie van hulle sukkel. Ek kry die twee uitserstes, hulle is aggresief en kan nie konflik konstruktief te hanteer. En dan ander sukkel weer met assertiveness, self geldenheid en dan sou mens op so iets focus.”

Die laaste kategorie wat navore gekom het is, die **praktiese implementering van vaardighede**. Volgens sewe deelnemers (7=30%) moet die individu die geleentheid gebied word om die vaardighede wat tydens groepsessies aangeleer is, prakties te implementeer. Bogenoemde kan gestaaf word deur die volgende kommentaar van deelnemers:

“Maar dan moet ek verduidelik dat die sielkundige fokus op die emosies en ons gaan kyk na die praktiese implimentering daarvan. Hy sal sê ek gaan meer tyd saam met my gesin spandeer, want ek het te veel vrye tyd gehad en dis hoekom ek gedrink het. En dan as jy vra wat gaan jy doen om meer tyd saam met jou gesin te spandeer sê hulle hulle weet nie hoe nie”

“En onthou hulle begin hier ook met huistake. Waar hulle sewe dae kry en dan is dit nie net vir vakansie nie. So jy gaan met spesifieke take. Jy moet n AA gaan soek, jy moet n NA gaan soek. Jy moet klaar daarby gaan inskakel. Dat as jy hier uitstap dat jy klaar weet iemand weet jy kom.”

Om vaardighede prakties te implementeer word individue die geleentheid gegee om op naweekverlof te gaan en sekere doelstellings, soos uiteengesit deur die maatskaplike werker, te bereik. Die maatskaplike werker sal van die individu vereis om by n ondersteunings- en kerkgroep van hulle keuse aan te sluit sodat hulle reeds n ondersteuningsnetwerk buite die rehabilitasiesentrum in plek het wanneer hulle ontslaan word. Die rede daarvoor is dat individue die nodige inligting en vaardighede tydens die rehabilitasieprogram aanleer, maar wanneer hulle terug huistoe gaan slaag hulle nie daarin om bogenoemde prakties te implementeer nie. Die maatskaplike werker sal dan nadat die individu terugkeer van naweek verlof af, die bereiking van doelstellings evalueer en met die individu bespreek. Die individue word ook die geleentheid gebied om in die rehabilitasiesentrum sosiale geleenthede by te woon, byvoorbeeld n braai, sodat die individue kan leer hoe om sonder alkohol sosiaal te verkeer.

Bogenoemde menings van deelnemers stem ooreen met die literatuur (Stepping Stones, 2013) wat daarop gedui het dat die praktiese implementering van vaardighede wat tydens n

rehabilitasieprogram aangeleer word, van kardinale belang is aangesien dit die alkohol-afhanklike se kanse tot 'n terugval verminder.

4.4.6.3 Benutting van gevallewerk as intervensiemetode in n rehabilitasieprogram

Die derde subtema wat navore gekom het oor die aard van berading is dat gevallewerk as intervensiemetode benut word in n rehabilitasieprogram. Die kategorieë wat geïdentifiseer is, is eerstens dat die **individuele lewensgeskiedenis** tydens gevallewerk geassesseer word. Volgens agt deelnemers (8=35%) moet n individuele lewensgeskiedenis geassesseer word aangesien dit die deelnemers in staat stel om traumatiese gebeurtenisse te identifiseer wat moontlik aanleiding gegee het tot alkohol-afhanklikheid. n Deelnemer het as volg gereageer:

"I see most of the clients at the beginning when they come in and then we go back at the roots, the traumatic events, things in their families, looking at their upbringing within their families and community, that caused them to fall into substance abuse."

Om hierby te voeg het n ander deelnemer as volg gereageer:

"Uhm, die aspekte wat gedek word is gewoonlik die persoon se kinderjare. So dis die background history. My life story."

Bogenoemde menings van deelnemers oor die aard van berading koreleer met Jarvis, *et al.* (2005: 25) en Lewis, *et al.* (2011: 72) se siening dat dit van kardinale belang is om tydens n rehabilitasieprogram inligting te bekom oor die individuele lewensgeskiedenis. Die rede(s) hiervoor is sodat die maatskaplike werker n begrip kan ontwikkel vir die rede(s) waarom n individu hulp soek. Deur te fokus op die lewensgeskiedenis van n individu kan die maatskaplike werkers hulpbronne identifiseer wat as ondersteuning vir die alkohol-afhanklike kan dien en die maatskaplike werkers kan gebeur in die individuele lewe uitlig wat moontlik alkohol-afhanklikheid kon veroorsaak.

n Tweede kategorie wat navore gekom het, is dat berading op **individuele behoeftes van elke individu** fokus. Sewe deelnemers (7=30%) het aangedui dat, na afloop van tyd, die maatskaplike werker tydens n rehabilitasieprogram meer op gevallewerk fokus. Volgens die deelnemers beoog 'n maatskaplike werker om tydens gevallewerk op elke individuele unieke behoeftes te fokus. Dit kan gestaaf word deur die volgende kommentaar van deelnemers:

"But with the group work, after a period time there is this individual direction that we take with each person as well as depending on what the individual needs are."

"It becomes more individual and then the individual work can begin."

En dan fokus ons op die individuele behoeftes. So dan is dit nou nie meer oor die algemeen nie, dan is dit gefokus op die spesifieke persoon se behoeftes."

Bogenoemde siening van die deelnemers is bevestig in literatuur (Rehabs.com, 2014) wat daarop gedui het dat maatskaplike werkers tydens gevallewerk beoog om elke individu se unieke behoeftes te identifiseer. Daarvolgens is daar gekyk na hoe die behoeftes bydrae tot alkohol-afhanklikheid asook watter strategieë gevolg moet word om aan hierdie behoeftes te voorsien ten einde 'n terugval te voorkom.

Die Derde kategorie wat navore gekom het was dat **persoonlike snellers** tydens gevallewerk intervensie geïdentifiseer word. Vier deelnemers (4=17%) het die noodsaaklikheid uitgelig om persoonlike snellers tydens individuele berading te identifiseer en aan te spreek. 'n Deelnemer se kommentaar was as volg:

"We also talk about the triggers."

In ooreenstemming, het 'n ander deelnemer op die volgende wyse gereageer:

"Veral dit saam met die triggers. Waar hulle triggers identifiseer."

Die bogenoemde menings van die deelnemers korreleer met die literatuur (Perkins, 2004: 76; Kaufman & Kaufmann, 1992: 206) wat getoon het dat maatskaplike werkers in samewerking met die alkohol-afhanklike hul persoonlike snellers identifiseer, byvoorbeeld watter vriende, plekke of situasies vermy moet word om 'n terugval te voorkom. Die maatskaplike werker moet ook vir die alkohol-afhanklike bystaan om toepaslike vaardighede te identifiseer wat hulle kan benut indien persoonlike snellers na vore tree. Dit stel die alkohol-afhanklike in staat om persoonlike snellers te hanteer en sodoende verminder dit die kans vir terugval.

Die laaste kategorie wat navore gekom het was dat **finansiële advies** aan die alkohol-afhanklike verleen word tydens gevallewerk. Vier deelnemers (4=17%) het aangedui dat hulle tydens gevallewerk die nodige ondersteuning aan die alkohol-afhanklike bied ten einde hul finansiële vaardighede te verhoog. Volgens die menings van deelnemers, slaag die alkohol-afhanklike nie daarin om hul finansies effektief te bestuur nie, aangesien hul maandelikse salaris op alkohol spandeer word. Bogenoemde kan gestaaf word deur die volgende kommentaar van deelnemers:

"Finansies is mos maar nou gewoonlik 'n probleem by meeste van hulle. Ja dan kyk ek maar daarna. Ek kyk of daar lenings is en waarvoor het hulle die lenings aangegaan. Dan sal hulle nou vir jou sê ek het nie meer geld gehad nie of baie van

hulle gaan na hierdie loan sharks toe. Dan leer ek maar net bietjie skills vir hulle aan soos moenie geld daar leen nie.”

“Ons werk ook ’n koste-benadering uit van wat het jou loopbaan jou gekos. Jou verslawingsloopbaan en dis nie ’n lekker sommetjie wat jy doen nie.”

Hierdie sienings van deelnemers stem ooreen met die literatuur (Rehabs.com, 2014) wat daarop gedui het dat die alkohol-afhanklike geneig daartoe is om hul maandelikse salaris op alkohol te spandeer of die individu het lenings aangegaan om hulle gewoonte te onderhou. Die alkohol-afhanklike slaag dus nie daarin om hul finansies effektief te bestuur nie en sodoende word professionele hulp benodig om die alkohol-afhanklike in hierdie verband te ondersteun.

4.4.7 Aard van berading indien gesin betrek word by die rehabilitasieprogram

Daar is gepoog om die aard van berading te bepaal indien die gesin in die rehabilitasieprogram betrek word. Deelnemers is gevra om hul opinie oor die aard van berading indien die gesin in die rehabilitasieprogram betrek word, uit te lig. Die subtemas en kategorieë wat navore gekom het, word in Tabel 4.7 aangedui.

Tabel 4.7: Aard van berading indien gesin betrek word in rehabilitasieprogram

Subtema	Kategorie	Persentasie
Gebrekkige betrokkenheid van gesin in rehabilitasieprogram	Gebrek aan tyd om gesin te betrek	14=61%
Herkonstruksie van gesin deur middel van gesinsberading	Herintegrasië van gesin	10=43%
Opvoeding en voorbereiding van gesin op terugkeer van alkohol-afhanklike na hul woning	Inligtingsessie waarby gesin betrek word	12=52%

4.4.7.1 Gebrekkige betrokkenheid van gesin in rehabilitasieprogram

Volgens Tabel 4.7 is die eerste subtema wat navore gekom het, die gebrekkige betrokkenheid van die gesin in die rehabilitasieprogram. Die enigste kategorie wat navore gekom het is dat daar, na die mening van die deelnemers, ’n gebrek aan tyd is om die gesin by berading te betrek. Volgens die meerderheid (14=61%) deelnemers is daar ’n definitiewe **tekort aan tyd** om die gesin by berading te betrek. Die kommentaar van deelnemers was:

“Ek self het nie tyd vir gesinsberading nie, daar is net nie.”

“Dis beperk, dis eintlik maar baie, dis min. Mens sou dit graag meer wou hê, maar omdat ’n mens net vyf weke het van behandeling, is dit moeilik.”

Sommige deelnemers het ook aangedui dat die enigste tyd wat hulle die gesin by berading kan betrek tydens gesinsdae is, wat een keer 'n maand plaasvind.

“And we have a family programme once a month, a day a month.”

“Dan het ons ook 'n familiëdag so een keer 'n maand.”

Deelnemers het ook aangedui dat die gesin se betrokkenheid beperk is aangesien hulle ook nie daarin slaag om tuisbesoeke te doen nie omdat daar nie tyd is daarvoor nie. Deelnemers se kommentaar was as volg:

“Hier is ek so gefokus op die ou heeldag, dat ek het nie die tyd om te gaan tuisbesoeke doen nie.”

“Ek het nie die tyd om tuisbesoeke te gaan doen nie.”

Bogenoemde menings van deelnemers dat die tyd om die gesin by gesinsberaad te betrek, beperk is, sluit aan by die mening van Lee (2010) wat noem dat 'n rehabilitasieprogram meer geneig daartoe is om alleenlik op die alkohol-afhanklike te fokus en die impak wat alkohol-afhanklikheid op die gesin het, dikwels totaal geïgnoreer word. Gesinne ontvang dus nie die nodige ondersteuning en hulp om die effek van alkohol-afhanklikheid te hanteer nie.

Die feit dat die tyd vir gesinsberading beperk is kan 'n effek op die positiewe uitkomst van die rehabilitasieprogram hê aangesien Husney (2012), Gurman en Kniskern (2013: 146) en Seligman (2004: 181) aangedui het dat 'n gesin tussen ses en twintig beradingsessies moet ontvang indien gesinsberading positiewe uitkomstes wil verseker. Dit is dus duidelik dat alhoewel die deelnemers dit as die rol van die maatskaplike werker beskou om gesinsberading te behartig tydens 'n rehabilitasieprogram, gesinsberading nie gereeld genoeg plaasvind om werklik effektiewe uitkomstes na vore te bring nie - deels as gevolg van die beperkte tyd.

Die feit dat tuisbesoeke ook op 'n beperkte vlak plaasvind, verskil die literatuur (Kaufman & Kaufmann, 1992: 264) hieroor, wat daarop dui dat dit noodsaaklik is dat 'n maatskaplike werker tydens 'n rehabilitasieprogram tuisbesoeke doen terwyl die alkohol-afhanklike in die rehabilitasieprogram is. Tuisbesoeke stel die maatskaplike werker in staat om begrip te ontwikkel vir die daaglikse roetine van die gesin, interpersoonlike patrone tussen gesinslede asook watter impak kultuur op die gesin uitoefen.

Uit bogenoemde menings van deelnemers is dit duidelik dat daar 'n tekort aan berading is waar die gesin betrek is tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes. Weens die feit dat alkohol-afhanklikheid 'n gesinsiekte is, is dit van kardinale belang dat die gesin meer

gereeld by die rehabilitasieprogram betrek word. Indien die nodige ondersteuning nie ontvang word nie, kan alkohol-afhanklikheid blywende effekte op die gesinslede hê.

4.4.7.2 Herkonstruksie van gesin deur middel van gesinsberading

Die tweede subtema wat navore gekom het is die herkonstruksie van die gesin deur middel van gesinsberading. Dit is duidelik dat die kategorie wat navore gekom het, die versekering dat **herintegrasie van die gesin** plaasvind, is. Tien deelnemers (10=43%) het aangedui dat berading wat die gesin betrek op herintegrasie van die gesin fokus. Hierdie stelling kan deur die volgende kommentaar van 'n deelnemer gestaaf word:

“Kyk, die gesinberading is gerig op to reunite the family”.

Tydens herkonstruksie word die alkohol-afhanklike die geleentheid gegee om vir die gesin om vergifnis te vra

“Tydens die sessie gaan dit baie oor forgiveness. So ons sal fokus op die pasiënt wat vertel vir sy ouers hoekom hy voel hy gedoen het wat hy gedoen het.”

Die menings van deelnemers oor die aard van berading indien die gesin in die rehabilitasieprogram betrek word stem ooreen met die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling (2008: 45) se minimum norme en standaarde vir binnepatiënt-rehabilitasiesentrums wat vereis dat herkonstruksiedienste aan die gesin gebied word tydens 'n rehabilitasieprogram.

Die gesin word ook tydens hierdie sessies die geleentheid gebied om aan die alkohol-afhanklike deur te gee watter impak alkohol-afhanklikheid op die gesin gehad het.

“And we basicly give the family a space to speak to the person on how the behaviour and lifestyle has impacted theirs”.

Om hier by te voeg het 'n ander deelnemer as volg gereageer:

So a family will come in and I will say to them: Okay I want you to tell Leandri what it's been like living with her and her crap for the last six months.”

Die menings van deelnemers sluit ook aan by literatuur (AFT, 2014; Faqs, 2014) wat getoon het dat gesinsberading gesinslede instaat stel om gevoelens en gedagtes in 'n veilige omgewing uit te druk en te ondersoek, hulle siening en ervaring van 'n situasie deur te gee, om mekaar se behoeftes te waardeer, op elke individu se sterkpunte te bou en om positiewe veranderinge in die gesin te maak.

Die deelnemers het ook aangedui dat dit noodsaaklik is dat 'n maatskaplike werker tydens herintegrasië, die gesin 'n geleentheid gee om saam aan toekomsplanne te werk. Die maatskaplike werker fasiliteer dus net die gesprek en help die gesin om saam met die alkohol-afhanklike realiteise doelwitte vir die toekoms te stel. Dit help sodoende die gesin op hul interaksie- en kommunikasiepatrone te verbeter.

“Things that they want to say and then we move forward to what is going to happen when the person comes home, what are the rules.”

“En ons werk baie met die interactions en communications binne die familie. Om daai patrone reg te stel.”

Die menings van deelnemers stem dus ooreen met die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling (2008: 45) se minimum norme en standaarde vir binnepasiënt-rehabilitasiesentrums, wat vereis dat aandag aan die herstel van abnormale interaksiepatrone tussen gesinslede gegee word. Om aan hierdie vereistes te voldoen, word daar tydens gesamentlike berading gefokus op die bevordering van kommunikasie- en interaksiepatrone tussen gesinslede.

4.4.7.3 Opvoeding en voorbereiding van gesinslede oor terugkeer van alkohol-afhanklike na hul woning

Die opvoeding van gesinslede oor die terugkeer van die alkohol-afhanklike na hul woning was die laaste subtema. Die punt wat navore gekom het was dat berading aan die gesin net 'n enkele **inligtingsessie** is. Volgens twaalf deelnemers (12=52%) word daar tydens gesinsberaad vir die gesinslede inligting deurgegee oor die aard van alkohol-afhanklikheid en die gesin word sekere vaardighede aangeleer om die gevolge van alkohol-afhanklikheid te hanteer. Die deelnemers is van mening dat dit van kardinale belang is dat gesinslede die nodige inligting rakende die aard van alkohol-afhanklikheid ontvang aangesien gesinslede nie oor die nodige inligting beskik om alkohol-afhanklikheid te verstaan nie. 'n Deelnemer se kommentaar was as volg:

“Just educating the family in terms of what addiction is, the progression of the illness, the risks associated with the illness, what needs to happen post-discharge.”

“En dan gee ons inligting vir die familie. Die ouers of eggenote, vrouens wat inkom en dit gaan maar oor alkohol-afhanklikheid, dwelm-afhanklikheid. Hoe hulle 'n pasiënt moet hanteer as hy of sy hier uitgaan.”

Bogenoemde menings van deelnemers stem ooreen met die literatuur (Kaufman & Yoshioka, 2005: 12; Copello *et al.*, 2005: 36; O'Farrel, 1989: 23; Thomas & Santa, 2007: 50; Codependence Freedom.com, 2010) wat aangedui het dat dit van kardinale belang is om

gesinslede tydens 'n rehabilitasieprogram te bemagtig rakende hoe om alkohol-afhanklikheid te hanteer asook om die nodige inligting wat verbandhou met alkohol-afhanklikheid, aan die gesin deur te gee. Die rede daarvoor is dat indien die gesinslede nie voorbereid is vir die terugkeer van die alkohol-afhanklike na afloop van die rehabilitasieprogram nie, is die alkohol-afhanklike meer geneig daartoe om 'n terugval te hê, want die gesin beskik nie oor die nodige kennis en vaardighede om die individu te ondersteun nie.

4.4.8 Aard van nasorgdienste na voltooiing van rehabilitasieprogram

Die deelnemers se menings is versoek oor die aard van nasorgdienste wat gelever word na voltooiing van die rehabilitasieprogram. Die subtemas en kategorieë wat vanuit die data navore gekom het, word in Tabel 4.8 aangedui.

Tabel 4.8: Aard van nasorgdienste

Subtema	Kategorie	Persentasie
Rehabilitasiesentrum lewer nasorgdienste	Naorgprogram beskikbaar by rehabilitasiesentrum	14=61%
	Individuele berading deur maatskaplike werkers	3=13%
	Gerehabiliteerde alkoholiste word benut vir selfhelpgroepe	3=13%
	Nasorgplanne word opgestel	8=35%
Eksterne organisasies doen nasorgdienste	Nasorg is die alkohol-afhanklike se eie verantwoordelikheid	3=13%
	Verwys na instansie van oorsprong	12=52%
	Gevallelading van eksterne maatskaplike werker is te hoog om nasorgdienste te lewer	6=26%
	Verwys na ondersteuningsgroepe	11=49%
	Verwys na ander instansies vir verdere berading	6=26%

4.4.8.1 Rehabilitasiesentrum lewer nasorgdienste

Die eerste subtema wat geïdentifiseer is, is dat sommige rehabilitasiesentrums nasorgdienste lewer. Hiervolgens was die eerste kategorie wat navore gekom het dat 'n **nasorgprogram beskikbaar is by die rehabilitasiesentrum** aangesien die meerderheid (14=61%) deelnemers aangedui het dat nasorgdienste deur die betrokke rehabilitasiesentrum self gelever word. Die volgende kommentaar van die deelnemers ondersteun hierdie resultaat:

"We have our own aftercare programme."

"We have an aftercare programme on a Tuesday morning, a Thursday morning and a Saturday morning where clients are allowed to participate in the programme completely free of charge as long as they want."

Die feit dat rehabilitasiesentrums self nasorgdienste lewer stem ooreen met literatuur (Wormer & Davis, 2013:444) wat bevestig het dat rehabilitasiesentrums nasorgdienste beskikbaar stel vir gerehabiliteerde alkohol-afhanklikes.

'n Verdere kategorie wat navore gekom het, is dat nasorgdienste by die rehabilitasiesentrum gelewer word deur **maatskaplike werkers wat individuele berading aan gerehabiliteerde alkohol-afhanklikes bied**. Drie deelnemers (3=13%) het aangedui dat gerehabiliteerde alkohol-afhanklikes 'n afspraak met 'n maatskaplike werker kan maak nadat hulle ontslaan is uit die rehabilitasiesentrum as deel van nasorgdienste. Die deelnemers het sodoende 'n oop-deur beleid vir gerehabiliteerde alkohol-afhanklikes. Die volgende kommentaar van deelnemers kan as bewys dien van bogenoemde menings:

“They can make an appointment with the secretary to come for counselling with the social worker who helped them while they were here.”

“Hulle kan inkom hiernatoe. Ons maak afsprake.”

'n Volgende kategorie wat navore gekom het, is dat **gerehabiliteerde alkohol-afhanklikes benut word tydens selfhelpgroepe**. Volgens drie deelnemers (3=13%) word nasorgprogramme in die rehabilitasiesentrum aangebied deur gerehabiliteerde alkohol-afhanklikes, aangesien hulle as rolmodel vir huidige alkohol-afhanklikes dien.

“But the aftercare groups will be lead by clients that have been clean for years and it's more of a self-help group.”

“So the aftercare people come here and they need to be role models for the in patients. They need to give back to the people that are here now.”

Hierdie menings van deelnemers ondersteun die literatuur (Wormer & Davis: 2009:444; Higgings, 2012:64) wat getoon het dat gerehabiliteerde alkohol-afhanklikes in selfhelpgroepe benut kan word as deel van 'n nasorgprogram. Die rede hiervoor is dat gerehabiliteerde alkohol-afhanklikes as mentor en rolmodel kan dien vir die groepslede. Die gerehabiliteerde alkohol-afhanklikes kan ook hul sukses-stories met die groepslede deel wat sodoende die kanse vir 'n terugval verminder.

Die laaste kategorie wat navore gekom het is dat 'n **nasorgplan opgestel word** as deel van nasorgdienste. Agt deelnemers (8=35%) het genoem dat 'n nasorgplan opgestel word as deel van nasorgdienste. Die opmerking van 'n deelnemer was:

“Nasorgdienste is vir ons 'n bietjie moeilik, want ons mense is regoor die land, maar wat ons doen is, ons stel 'n 'aftercare plan' op. Die 'aftercare plan' stuur ons saam

met hulle uit. Dis 'n kontrak aan hulleself wat hulle dan vir hulle sê dat vir die volgende 6 maande moet ek dit en dit en dit doen. Plekke wat ek nie mag bywoon nie, vriende wat ek nie mag sien nie, kerk toe gaan, aktiwiteite wat ek moet inbring, wanneer gaan ek werk soek."

Die feit dat maatskaplike werkers 'n nasorgplan opstel stem ooreen met die vereistes van die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling (Departement Maatskaplike Ontwikkeling, 2008: 35) waar die minimum norme en standaarde vir binnepasiënt-rehabilitasiesentrums vereis dat maatskaplike werkers 'n **nasorgplan opstel**. Hierdie nasorgplan moet onder andere die pasiënt se persoonlike besonderhede insluit, 'n kort beskrywing oor hul persoonlike geskiedenis asook die berading wat ontvang is tydens die rehabilitasieprogram bied, die rede waarom die pasiënt ontslaan is aandui en aanbevelings vir nasorgdienste bevat.

4.4.8.2 Eksterne organisasies doen nasorgdienste

Die tweede subtema was dat eksterne organisasies verantwoordelik is vir nasorgdienste. Die eerste kategorie wat navore gekom het, is dat die deelnemers nasorgdienste as die alkohol-afhanklike se **eie verantwoordelikheid** beskou. Uit kommentaar is dit duidelik dat drie deelnemers (3=13%) nasorgdienste as die alkohol-afhanklike se eie verantwoordelikheid beskou, weens die feit dat rehabilitasiesentrums nie self nasorgdienste doen nie. Bogenoemde kan gestaaf word deur die volgende kommentaar van deelnemers:

"Dit is die pasiënt se eie verantwoordelikheid. Ons gee hom al die tools. Ons wys vir hom ja, hoe hy kan soberheid handhaaf en van dit is om 'n sponsor te kry, om gereeld AA by te woon. Dis sy verantwoordelikheid."

"Nasorg soos ek gesê het is die pasiënt se verantwoordelikheid."

Bogenoemde kategorie sluit aan by die volgende twee kategorieë wat navore gekom het, naamlik dat die alkohol-afhanklike na afloop van die rehabilitasieprogram **terug verwys word na die organisasie van oorsprong** en dat die **gevallelading van eksterne maatskaplike werkers te hoog is om nasorgdienste te lewer**. Uit tabel 4.8 is dit duidelik dat 'n meerderheid (12%=52%) deelnemers die alkohol-afhanklike terug verwys na die organisasie van oorsprong sodat nasorgdienste kan plaasvind. Hierdie stelling kan met die volgende kommentaar van deelnemers gestaaf word:

"As hulle gekom het met 'n verwysing van 'n maatskaplike werker af dan sal ons hulle terug verwys soontoe."

"En ons verwys jou ook dan terug na jou eksterne maatskaplike werker wat jou verwys het na ons toe."

Die probleem wat egter deur ses deelnemers (6=26%) ondervind is tydens die terugverwysing van die alkohol-afhanklike na die organisasie van oorsprong, is dat die verwyser nie daarin slaag om effektiewe nasorgdienste aan die alkohol-afhanklike te bied nie. Die rede daarvoor is dat die verwyser se **gevallelading te hoog is** en reeds-bestaande gevalle hoë risiko dra en dus word nasorgdienste as minder belangrik beskou. Die volgende kommentaar van deelnemers staaf bogenoemde stelling:

“Die probleem is ons weet die gevallelading daar buite is baie hoog so die kliënte sowel as die eksterne maatskaplike werker verkies dat die kliënte na afloop van rehabilitasie nie terugkom nie, want my werk is gedoen, ek het jou in ’n rehab ingekry uit en gedaan.”

“Ja en die maatskaplike werker aan die buitekant is ook maar oorlaai met gevalle.”

“Al nadeel is dat die maatskaplike werker aan die buitekant nie altyd nasorgdienste kan lewer nie. Hulle beskou dit nie as ’n prioriteit nie.”

’n Verdere kategorie wat navore gekom het is dat die alkohol-afhanklikes na **ondersteuningsgroepe** verwys word. Elf deelnemers (11=49%) het aangedui dat hulle die alkohol-afhanklike na ondersteuningsgroepe in die onderskeie areas verwys as deel van nasorgdienste. Die volgende kommentaar van deelnemers dien as bewys vir bogenoemde stellings:

“Maar die grootste verwysing is natuurlik na die support groups binne die gemeenskap.”

“Dan verwys ons hulle altyd na die AA of NA in die dorp waar hulle is.”

“Clients we absolutely refer them to NA or AA.”

Die laaste kategorie wat navore gekom het is dat die alkohol-afhanklike verwys word na **anderinstansies vir verdere berading**. Ses deelnemers (6=26%) het aangedui dat hulle gerehabiliteerde alkohol-afhanklikes na ander instansies verwys om verder berading of ondersteuning te ontvang indien die alkohol-afhanklike verdere psigiatriese of trauma behandeling benodig.

“If we feel that they need further individual therapy we will hook them up with a therapist. If a client has unresolved trauma then we will refer them to a trauma centre or if they have been raped we will refer them to rape counselling.”

“We often recommend a secondary or tertiary treatment, because 21 days, is a very short period of time to address alcohol addiction.”

Bogenoemde sienings van deelnemers oor die aard van nasordienste na voltooiing van 'n rehabilitasieprogram stem ooreen met Departement van Maatskaplike Ontwikkeling (2008: 35) se minimum norme en standaarde vir binnepasiënt-rehabilitasiesentrums wat vereis dat 'n alkohol-afhanklike terugverwys word na die maatskaplike werker wat hulle oorspronklik na die rehabilitasiesentrum verwys het. Daar word ook vereis dat die individu na toepaslike instansies en self-help groepe in die gemeenskap verwys word vir verdere berading en ondersteuning.

4.4.9 Effek van alkohol-afhanklikheid op gesinslede

Angesien alkohol-afhanklikheid deur mediese kringe en die samelewing as 'n gesinsiekte beskou word, het alkohol-afhanklikheid ernstige gevolge, nie net vir die individu self nie, maar ook vir die gesinslede (Codependence Freedom.com, 2010; Kinney, 2006: 205). Vanweë hierdie redes is data ingesamel om die sienings van deelnemers oor die effek van alkohol-afhanklikheid op gesinslede, te bepaal.

4.4.9.1 Aspekte van die gesinstruktuur wat deur alkohol-afhanklikheid beïnvloed word

Die respondente is versoek om aan te dui watter aspekte van die gesin deur alkohol-afhanklikheid beïnvloed word. Die resultate wat verkry is, word in Tabel 4.9 uiteengesit.

Tabel 4.9: Aspekte van die gesinstruktuur wat deur alkohol-afhanklikheid beïnvloed word

Aspekte van gesinstruktuur wat deur alkohol-afhanklikheid beïnvloed word.	Aantal respondente	Persentasie
Die roetines van die gesin	22	96%
Die rolle van die gesinslede	23	100%
Die kommunikasiepatrone tussen gesinslede	23	100%
Die rituele in die gesin	21	91%
Die sosiale lewe van die gesin	23	100%
Ander:		
Intimiteit van egpaar neem af	1	4%
Impak van mede-afhanklikheid op alkohol-afhanklikheid	4	17%
Beïnvloed die gesin se finansiële stabiliteit	9	39%
Impak van hoë rehabilitasiekostes	1	4%

N=23

* Respondente kon meer as een antwoord voorsien

Volgens Tabel 4.9 het die oorgrote meerderheid respondente (96%) aangedui dat alkohol-afhanklikheid die gesin se roetines beïnvloed. 91% van die respondente (21=91%) het aangedui dat alkohol-afhanklikheid die rituele van die gesin beïnvloed. Al die respondente (23=100%) het aangedui dat alkohol-afhanklikheid die rolle van die gesinslede, die

kommunikasiepatrone tussen gesinslede en die sosiale lewe van die gesin kan beïnvloed. Dit is duidelik dat alle aspekte van die gesinstruktuur deur die alkohol gebruik van 'n gesinslid beïnvloed word.

Hierdie bevindinge bevestig ander navorsingsbevindinge (Mottoo *et al.*, 2013: 705; Stepping Stones, 2013) wat daarop dui dat alkohol-afhanklikheid die gesinstruktuur heeltemal kan ontwrig en blywende effekte op gesinslede laat. Gesinne kan uitmekaar geskeur word weens die negatiewe gedrag wat deur die alkohol-afhanklike getoon word en dit kan veroorsaak dat die gesinsdinamika en -prosesse soos byvoorbeeld die reëls, rituele, roetines, kommunikasie, sosiale lewe, finansies, homeostase en gesinsrolle, heeltemal ontwrig word.

Ander probleme wat by 'n gesin waar alkohol-afhanklikheid voorkom, ondervind word, is deur die respondente geïdentifiseer as intimiteit tussen die egpaar wat afneem, mede-afhanklikheid wat alkohol-afhanklikheid aanmoedig, die gesin se finansiële stabiliteit wat beïnvloed word en die impak van die rehabilitasiekostes op die gesin. Hierdie bevindinge korreleer ook met die literatuur (Parson, 2003; O'Farrel, 1989: 24; Fischer & Harrison, 2013: 141) wat aangetoon het dat een van die vernaamste redes waarom 'n individu alkohol misbruik weens spanning is wat op die individu geplaas word deur gesinsverwante kwessies, soos byvoorbeeld finansiële probleme en huweliksprobleme.

Een respondent (1=4%) het aangedui dat die **intimiteit** van die egpaar verminder indien alkohol-afhanklikheid voorkom. Volgens literatuur is intimiteit geneig om te ontbreek in 'n huwelik waar alkohol-afhanklikheid voorkom weens die alkohol-afhanklike se onvermoë om seksueel te presteer of die gebrek aan begeerte tot intimiteit met die nie-alkoholiese eggenoot (Perkins, 2007).

Verder het vier respondente (4=17%) aangedui dat **mede-afhanklikheid** 'n reuse probleem in die huwelik is. Bogenoemde bevindinge korreleer met literatuur (Fischer & Harrison, 2013: 236; Perkins, 2007) wat aandui dat mede-afhanklikheid selfs erger as alkohol-afhanklikheid kan wees aangesien die nie-alkoholiese eggenoot geneig daartoe is om te veel van die verkeerde soort ondersteuning aan die alkohol-afhanklike te bied en sodoende moedig hulle onbewustelik die alkohol-afhanklike se gedrag aan.

Nege respondente (9=39%) het aangedui dat alkohol-afhanklikheid 'n reuse impak op die **finansiële stabiliteit** van die gesin het. Die redes hiervoor is dat die alkohol-afhanklike geneig daartoe is om die gesin se geld te steel of voorwerpe in die huis te verkoop om hul gewoonte vol te hou. 'n Verdere rede waarom alkohol-afhanklikheid die gesin se finansiële stabiliteit beïnvloed is weens die feit dat die alkohol-afhanklike hul maandelikse inkomste op alkohol spandeer en dan slaag hulle nie daarin om die gesin te onderhou of nodige

rekeninge te betaal nie. Dit is ook noodsaaklik om daarop te let dat een respondent (4%) aangedui het dat **rehabilitasiekostes** 'n reuse impak op die gesin se finansiële toestand het.

4.4.9.2 *Mening oor die betrokkenheid van gesinslede tydens 'n rehabilitasieprogram*

Aangesien die gesinstruktuur deur alkohol-afhanklikheid beïnvloed kan word, is die deelnemers versoek om hul mening te gee oor die betrokkenheid van gesinslede in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes. Die resultate word vervolgens bespreek.

4.4.9.3 *Sienings oor betrokkenheid van gesinslede in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes*

Die deelnemers is versoek om hul siening oor die betrokkenheid van gesinslede in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes weer te gee. Die subtemas en kategorieë wat navore gekom het, word in Tabel 4.10 aangedui.

Tabel 4.10: Siening oor die betrokkenheid van die gesin in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes

Subtema	Kategorie	Persentasie
Gesin se betrokkenheid noodsaaklik in rehabilitasieprogram se sukses	Gesin moet betrek word om hul eie verandering navore te bring	3=13%
	Gesin kan inligting verskaf oor gedrag van alkohol-afhanklike	2=8%
	Gesinsondersteuning noodsaaklik vir herstel van alkohol-afhanklike	10=43%

a) *Gesin se betrokkenheid noodsaaklik in rehabilitasieprogram se sukses*

Die enigste subtema is dat die gesin se betrokkenheid noodsaaklik in rehabilitasieprogram is vir die sukses van die rehabilitasieprogram. Die eerste kategorie wat navore gekom het is dat die gesin betrek moet word om **hul eie verandering** navore te bring. Drie deelnemers (3=13%) het aangedui dat die betrokkenheid van die gesin belangrik is vir die sukses van 'n rehabilitasieprogram weens die feit dat die gesin hul eie verandering moet ondergaan. Die deelnemers se kommentaar was as volg:

“Soos ek gesê het, as die gesin nie saam met die pasiënt “healing” kry nie, dan gaan die pasiënt tog net weer na 'n siek setup toe.”

“Motivate their own change process because it is sometimes actually helpful to the client.”

“You can't treat the individual and not the system, you have to treat the system as well.”

Die tweede kategorie wat navore gekom het is dat die gesin inligting kan verskaf oor die **gedrag van die alkohol-afhanklike**. Twee deelnemers (2=8%) het aangedui dat om die gesin by 'n rehabilitasieprogram te betrek noodsaaklik is, want dit stel 'n maatskaplike werker in staat om 'n beter begrip oor die alkohol-afhanklike se gedrag te kry aangesien die alkohol-afhanklike geneig daartoe is om nie die volle omvang van alkohol-afhanklikheid deur te gee nie.

“Client is often in a tremendous amount of denial and they only give me one or two pieces of the puzzle and with all the other family members I get the other puzzle pieces and then I can help the client to see the whole picture.”

“Die gesin is die kundiges as dit kom by die gedrag van die spesifieke familielid wie wel middels gebruik.”

Die derde kategorie wat navore gekom het is dat **gesinsondersteuning noodsaaklik is vir die herstel van alkohol-afhanklikheid**. Die meerderheid van deelnemers (10=43%) het aangedui dat die gesin se ondersteuning tydens 'n rehabilitasieprogram noodsaaklik is vir die alkohol-afhanklike se herstel.

“Die kliënte vorm deel van 'n gesin en hy het sy gesin se ondersteuning nodig.”

“Die kliënt het die gesin se ondersteuning nodig. Sonder hulle ondersteuning voel die kliënt verlore en geïsoleer en voel hulle behoort nêrens.”

“It's your responsibility and you make the choices but you need someone to hold your hand. You need someone to talk to.”

Die bostaande menings van deelnemers is in ooreenstemming met bevindinge van literatuurstudies (Kaufman & Yoshioka, 2005: 12; Copello *et al.*, 2005: 369; O'Farrell, 1989: 23; Thomas & Santa, 2007: 50; Codependence Freedom.com, 2010) wat getoon het dat die sukses van 'n rehabilitasieprogram afhanklik is van die samewerking en ondersteuning van die hele gesin of uitgebreide familie. Ten spyte van die feit dat die voordele vir die betrokkenheid van die gesin duidelik is, was 'n vorige bevinding in hierdie studie dat gesinne nie betrek word by 'n rehabilitasieprogram nie.

4.4.9.4 Menings oor uitdagings om die gesin te betrek in 'n rehabilitasieprogram

Die deelnemers was versoek om hul mening te gee oor die uitdagings wat 'n maatskaplike werker ondervind indien die gesin by berading betrek word. Die subtemas en kategorieë wat navore gekom het, word in Tabel 4.11 aangedui.

Tabel 4.11: Menings van deelnemers oor uitdagings vir maatskaplike werkers in rehabilitasiesentrums om die gesin te betrek by berading

Subtema	Kategorie	Persentasie
Praktiese uitdagings	Gebrek aan finansies	8=35%
	Gebrek aan vervoer	6=26%
	Afstand na rehabilitasie sentrum	5=22%
Gesinsverwante uitdagings	Emosionele toestand van die gesinslede	8=35%
	Beskou rehabilitasie as kliënt se eie verantwoordelikheid	5=22%
	Ontkenning van alkohol-afhanklikheid	4=17%
	Gebrekkige belangstelling van gesinslede	3=13%

a) *Praktiese uitdagings*

Volgens Tabel 4.11 is die eerste subtema die praktiese uitdagings wat 'n maatskaplike werker ondervind indien die gesin by berading betrek word. Die kategorieë wat geïdentifiseer is, is eerstens 'n **gebrek aan finansies**. Agt deelnemers (8=35%) het aangedui dat 'n gebrek aan finansies die grootste uitdaging is wat die maatskaplike werkers ervaar indien die gesin by berading betrek word. Hierdie stelling kan gestaaf word deur die volgende kommentaar van deelnemers:

“Another thing that stands in the way is finances. A lot of families don't have the finances to come here.”

“Dit is maar gewoonlik finansieël. Finansieël is dit baie swaar.”

Die volgende twee kategorieë wat navore gekom het, is 'n **gebrek aan vervoer** en die **afstand na die rehabilitasiesentrum**. Naas 'n gebrek aan finansies het ses deelnemers (6=26%) aangedui dat die gebrek aan vervoer die grootste uitdaging is om die gesin tydens berading te betrek.

“Hulle het nie vervoer om hier te kom nie.”

Daarna het vyf deelnemers (5=22%) aangedui dat die **afstand** wat die gesin moet reis om berading by te woon, nie uitvoerbaar is nie weens die feit dat gesinne te ver van die rehabilitasiesentrum woon om op 'n gereelde basis vir berading te kom. Hierdie stelling kan gestaaf word deur die volgende kommentaar van deelnemers:

“Of jy weet, die van hulle wat van ver afkom, maak dit baie moeilik.”

“Mens wil hulle graag betrokke hê, en hulle wil graag, maar die afstand en kostes om te reis is net baie duur.”

“Dat hulle van ver is.”

“Of as hulle van baie ver af kom byvoorbeeld Springbok of Upington se kant af dan kom hulle met ’n taxi en gaan weer met ’n taxi terug.”

Volgens die minimum norme en standaarde vir ’n rehabilitasieprogram moet die rehabilitasiesentrum die nodige ondersteuning aan die gesin verleen, sodat hulle instaat is om deel te vorm van die rehabilitasieprogram soos byvoorbeeld finansiële bystand om die rehabilitasiesentrum te besoek (Departement van Maatskaplike Ontwikkeling, 2008: 45). Uit bogenoemde bevindinge is dit duidelik dat daar nie aan die minimum norme en standaarde vir ’n rehabilitasieprogram voldoen word nie, aangesien ’n groot aantal deelnemers aangedui het dat gebrek aan vervoer (6=26%), gebrek aan finansies (8=35%) en afstand vanaf die rehabilitasiesentrum (5=22%) ’n maatskaplike werker se grootste uitdaging is om die gesin by berading te betrek.

b) Gesinsverwante uitdagings

’n Tweede subtema is gesinsverwante uitdagings. ’n Kategorie wat hier navore gekom het is die **emosionele toestand** van die gesinslede. ’n Meerderheid van agt deelnemers (8=35%) het aangedui dat ’n uitdaging wat ondervind word indien ’n maatskaplike werker die gesin by berading wil betrek, die emosionele toestand van gesinslede is. Volgens die deelnemers kan alkohol-afhanklikheid die gesin se emosionele toestand op verskeie wyses affekteer aangesien ’n gesin nie betrokke by berading wil wees nie, weens die feit dat die alkohol-afhanklike hulle te seer gemaak het. Deelnemers het ook aangedui dat gesinslede kwaad is vir die alkohol-afhanklike of gevoelens van verwytd ondervind en sodoende nie betrokke wil wees by berading nie. Verdere uitdagings wat deur die deelnemers uitgelig is, is dat gesinslede bang is vir die alkohol-afhanklike en gesinslede wil dus nie by berading betrek word nie weens die stigma wat met alkohol-afhanklikheid gepaard gaan. Deelnemers se kommentaar op bogenoemde was as volg:

“But on the other side alot of families are fearful for the clients due to the high aggression potential of the clients.”

“Somige gesinne voel dat die kliënte het hulle te seer gemaak so hulle gaan nie betrokke wees nie.”

“So ja dit is partykeer moeilik om hulle betrokke te kry want hulle het nog hierdie woede en hierdie wrokke, frustrasie teen hierdie ou.”

’n Verdere kategorie wat navore gekom het is dat gesinslede rehabilitasie as die alkohol-afhanklike se **eie verantwoordelikheid** beskou. Naas die emosionele toestand van die gesin, het vyf deelnemers (5=22%) aangedui dat ’n ander uitdaging wat ’n maatskaplike

werker ondervind is die gesin se perspektief rakende die rehabilitasieprogram. Gesinslede is geneig daartoe om rehabilitasie as die alkohol-afhanklike se eie verantwoordelik te beskou en dus hoef hulle nie berading by te woon nie. Die stelling kan deur die volgende kommentaar van die deelnemers gestaaf word:

“Hulle voel dit is die kliënt se verantwoordelikheid om self deur die behandelingsprogram te gaan.”

Also, they don't want to get involved, often they think it is their problem they must come here and get sorted out, it's got nothing to do with me and why must I be there.”

Die laaste twee kategorieë wat navore gekom het, is dat **ontkenning** van alkohol-afhanklikheid 'n uitdaging is om die gesin in die rehabilitasieprogram te betrek sowel as die **gebrek aan belangstelling van die gesin**. Vier deelnemers (4=17%) het aangedui dat ontkenning van alkohol-afhanklikheid deur die gesin 'n uitdaging is om die gesin by berading te betrek. 'n Deelnemer se kommentaar was as volg:

“My biggest challenge is that the family was in a tremendous amount of denial.”

Bogenoemde bevindinge stem ooreen met literatuur (Kaufman & Kaufmann, 1992: 262) wat getoon het dat gesinne geneig is om alkohol-afhanklikheid te ontken as die primêre probleem en dus word daar op ander probleme soos huweliksprobleme en probleme in die werksomgewing gefokus.

Drie deelnemers (3=13%) het aangedui dat 'n uitdaging wat 'n maatskaplike werker ondervind indien hulle die gesin by berading wil betrek, is die gebrek aan belangstelling van die gesin. Volgens die deelnemers stel die gesin nie meer belang om berading by te woon nie weens die feit dat die alkohol-afhanklike keer-op-keer terugval. Die gesinne het soveel seer ondervind en soveel ondersteuning aan die alkohol-afhanklike verleen dat hulle nie meer belangstel om deel te vorm van berading nie. Uit bogenoemde is dit duidelik dat alhoewel gesinne nie gereeld betrek word by 'n rehabilitasieprogram nie, vanweë praktiese probleme, is gesinsverwante uitdaginge ook 'n wesenlike probleem.

“Sometimes they are just not interested.”

Literatuur (Kaufman & Kaufmann, 1992: 264) het getoon dat gesinslede nie meer belangstel om betrokke te raak by die rehabilitasieprogram nie, weens die feit dat vorige intervensies nie suksesvol was nie. Die gesin raak moedeloos en raadop en wil dus nie meer betrek word by die rehabilitasieprogram nie. Uit bogenoemde is dit duidelik dat literatuur en menings van deelnemers korreleer met mekaar.

4.5 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die bevindinge van die empiriese studie bespreek. 'n Oorsig van die navorsingsproses wat gevolg is, is gegee en die profiel van die deelnemers aan hierdie studie is bespreek. Kwantitatiewe en kwalitatiewe data-bevindinge is volgens die volgorde van die vraelys (Bylae 1) bespreek en die data is deur middel van tabelle en figure visueel voorgestel. Daar is deurlopend na relevante studies verwys om 'n agtergrond rakende die betrokke vrae wat aan die deelnemers gestel is, te verskaf, en om die literatuurbevindinge teenoor hierdie studie se bevindinge te meet. Gevolgtrekkings wat aangaande hierdie bevindinge gemaak kan word, sowel as toepaslike aanbevelings vir intervensie en toekomstige ondersoeke, sal in die volgende hoofstuk, hoofstuk vyf, bespreek word.

HOOFSTUK 5: GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

5.1 INLEIDING

'n Literatuurstudie is gedoen ten einde 'n semi-gestruktureerde onderhoudskedule saam te stel om maatskaplike werkers se mening in te win oor die rol van 'n maatskaplike werker in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes. Die maatskaplike werkers se menings oor die rol van 'n maatskaplike werker in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes, is deur middel van hierdie semi-gestruktureerde onderhoudskedule verkry.

Die vyfde doelwit van hierdie studie, naamlik om aanbevelings te maak ten opsigte die rol van maatskaplike werkers in 'n rehabilitasiesentrum vir alkohol-afhanklikheid vanuit 'n ekologiese perspektief, word in hierdie hoofstuk uiteengesit. Hierdie hoofstuk verskaf dus gevolgtrekkings en aanbevelings na aanleiding van die empiriese ondersoek na die rol van maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikheid vanuit 'n ekologiese perspektief.

Die doel van die studie was om 'n begrip te ontwikkel vir die rol van maatskaplike werkers in rehabilitasiesentrums vir alkohol-afhanklikes vanuit 'n ekologiese perspektief. Die doelwit van die studie is bereik deur die volgende aspekte te ondersoek, te ontleed, te bespreek en te evalueer:

- In hoofstuk twee is die aard van alkohol-afhanklikheid bespreek sowel as die effek wat alkohol-afhanklikheid op die gesin en nie-alkoholiese eggenoot het.
- In hoofstuk drie is die rol van 'n maatskaplike werker tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes op die mikro-, meso- en makrovlak van die ekologiese perspektief, bespreek.
- In hoofstuk vier is die sienings van maatskaplike werkers oor hulle rol in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes uitgelig

In die volgende afdeling word die gevolgtrekkings en aanbevelings vir hierdie studie weergegee, ten einde riglyne vir maatskaplike werkers rakende hulle rol in die rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes, te verskaf. Aanbevelings vir toekomstige navorsing sal ook gemaak word.

5.2 GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

Die gevolgtrekkings en aanbevelings word vervolgens ooreenkomstig die semi-gestruktureerde vraelys (Bylae A1 en A2) aangebied. Die afdelings wat bespreek gaan word is die volgende:

- profiel van respondente
- individuele behoeftes van individue wat alkohol-afhanklikheid kan veroorsaak

- individuele behoeftes as belangrike redes vir die voorkoms van alkohol-afhanklikheid
- diagnostiese kriteria wat benut kan word om alkohol-afhanklikheid te diagnoseer
- dienslewering volgens vlakke van die ekologiese perspektief
- aard van berading tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes
- aard van berading indien die gesin betrek word in die rehabilitasieprogram
- aard van nasorgdienste
- aspekte van die gesinstruktuur wat deur alkohol-afhanklikheid beïnvloed word
- sieninge oor die betrokkenheid van gesinslede in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes
- menings van deelnemers oor die uitdagings vir maatskaplike werkers by rehabilitasiesentrums om gesinslede by berading te betrek

Toepaslike gevolgtrekkings en aanbevelings sal onder elke afdeling bespreek word.

5.2.1 Profiel van respondente: Identifiserende besonderhede

Gevolgtrekkings en aanbevelings sal in ooreenstemming met die profiel van respondente gemaak word. Gevolgtrekkings oor die ouderdom van respondente, respondente se werksondervinding, die tydperk wat respondente verbonde is aan die huidige instansie en respondente se hoogste kwalifikasie word vervolgens deurgegee.

5.2.1.1 Ouderdom

Daar is bevind dat die meeste respondente se ouderdom wissel tussen dertig en nege-en-veertig jaar. Die **gevolgtrekking** wat gemaak word is dus dat die meeste respondente in hulle middel en laat volwasse lewensjare is. Dienste aan alkohol-afhanklikes word dus meestal deur maatskaplike werkers, wat oor ervaring en ondervinding beskik, gelewer.

5.2.1.2 Werkservaring

Daar is bevind dat die meerderheid van respondente oor meer as tien jaarervaring as maatskaplike werkers in die veld van alkohol-afhanklikheid beskik. Daar is dus tot die **gevolgtrekking** gekom dat maatskaplike werkers 'n loopbaan in hierdie spesifieke veld bou. 'n Verdere gevolgtrekking wat gemaak kan word is dat maatskaplike werkers in hierdie veld oor genoegsame werkservaring beskik om hul rol as maatskaplike werker in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes te vervul.

5.2.1.3 Tydperk verbonde aan die huidige instansie

Ten opsigte van die tydperk verbonde aan die huidige instansie dui bevindinge daarop dat diemeeste respondente oor minder as ses jaar se werkservaring binne hulle huidige organisasie beskik. Hierdie bevinding tesame met die feit dat die meeste respondente oor meer as 10 jaar werkservaring in maatskaplike werk beskik, dui daarop dat maatskaplike

werkers geneig is om van instansie te verwissel. Alhoewel die maatskaplike werkers van instansie verander blyk dit egter wel dat die maatskaplike werkers steeds binne die spesifieke veld van alkohol-afhanklikheid werksaam bly.

Die **gevolgtrekking** wat gemaak word is dat amper die helfte van die respondente werksaam was by 'n ander instansie vir alkohol-afhanklikheid alvorens hulle by hul huidige instansie begin werk het. Aangesien kontinuïteit in enige rehabilitasieprogram en die bou van verhoudings tussen die alkohol-afhanklikes en maatskaplike werkers van uiterste belang is, is dit belangrik dat maatskaplike werkers sover as moontlike binne hul bestaande werksomgewing in diens gehou word en nie so gereeld van werkgewer verwissel nie.

Daar word aanbeveel dat:

- 'n Studie moet onderneem word om vas te stel waarom maatskaplike werkers van werk verwissel sodat enige knelpunte wat moontlik ondervind word aangespreek kan word om uiteindelik die belangrike kontinuïteit/verhouding tussen maatskaplike werker en alkohol-afhanklike te behou.

5.2.1.4 Hoogste kwalifikasie in maatskaplike werker

Die meerderheid respondente wat aan die studie deelgeneem het beskik oor 'n voorgraadse kwalifikasie in maatskaplike werk beskik, terwyl 'n minderheid respondente oor 'n nagraadse kwalifikasie in maatskaplike werk. Die **gevolgtrekking** word gemaak, dat maatskaplike werkers in hierdie spesifieke veld oor die nodige minimum kwalifikasie beskik om as maatskaplike werker te kan praktiseer. Daar is egter 'n duidelike gebrek aan nagraadse opleiding. Verdere studies in die veld van alkohol-afhanklikheid hou besliste voordele vir die instansie, die maatskaplike werker en die alkohol-afhanklikes in.

Daar word aanbeveel dat:

- Daar moet aansporings of prestasielone aan maatskaplike werkers voorgelê word wat hulle sal aanmoedig om verdere nagraadse studies in die veld van alkohol-afhanklikheid te onderneem.

5.2.2 Individuele behoeftes van alkohol-afhanklikes

Met betrekking tot die individuele behoeftes van alkohol-afhanklikes is bevind dat die derde vlak van Maslow se hierargie, naamlik 'n gebrek en behoefte aan liefde en om te behoort, die hoofrede is wat aanleiding gee tot alkohol-afhanklikheid by individue. Menings van respondente dui verder aan dat naas 'n behoefte aan liefde en om te behoort, die respondente Maslow se vierde vlak van behoeftes, naamlik die behoefte aan selfagting as die tweede belangrikste behoefte geïdentifiseer het wat aanleiding kan gee tot alkohol-afhanklikheid. Veiligheids- en sekuriteitsbehoefte is as die derde belangrikste behoefte uitgelig terwyl selfaktualiseringsbehoefte die vierde belangrikste behoefte is wat aanleiding

gee tot alkohol-afhanklikheid. Alhoewel die fisiologiese behoeftes die mees basiese en primêre behoeftes van elke mens is, dui die menings van respondente daarop dat 'n gebrek aan fisiologiese behoeftes by die meerderheid van die respondente nie as die oorsaak van alkohol-afhanklikheid aangevoer kan word nie, aangesien dit as die laaste rede aangevoer is vir die voorkoms van alkohol-afhanklikheid.

Die **gevolgtrekking** word gemaak dat die meeste respondente van mening is dat 'n gebrek aan liefde en om te behoort 'n baie belangrike invloed het op waarom 'n persoon alkohol gebruik en uiteindelik daarvan afhanklik raak.

Daar word aanbeveel dat:

- Berading en aktiwiteite wat by 'n rehabilitasieprogram ingesluit word, moet 'n klem plaas op die ontwikkeling van 'n gevoel om iewers te behoort asook om lief gehê te voel. Die bestaande rehabilitasieprogramme moet uitgebrei word om meer spesifiek op hierdie aspekte te fokus of anders moet nuwe programme wat op hierdie aspek konsentreer, ontwikkel word.
- Beradingsessies wat op die individuele behoeftes van die alkohol-afhanklikesgerig is rakende liefde en om iewers te behoort, moet nie net in groepsverband plaasvind nie maar ook in berading met die gesin van die alkohol-afhanklike ingesluit word, sodat die hele gesin ook deeglik kennis dra van die impak wat 'n gebrek aan liefde en die gevoel om iewers te behoort op die alkohol-afhanklike uitoeven.

5.2.3 Individuele behoeftes as belangrike redes vir voorkoms van alkohol-afhanklikheid

Deelnemers se menings rakende individuele behoeftes wat as belangrike redes vir die voorkoms van alkohol-afhanklikheid aangevoer word, dui daarop dat die behoefte om iewers te behoort as die belangrikste rede vir die voorkoms van alkohol-afhanklikheid geïdentifiseer is. Tweedens is 'n swak selfbeeld geïdentifiseer en laastens is traumatiese ervarings in die individue se lewe as 'n verdere belangrike rede geïdentifiseer.

Die **gevolgtrekking** kan gemaak word dat die menings van die respondente rondom die individuele behoeftes wat as belangrik beskou word vir die voorkoms van alkohol-afhanklikheid, tot 'n groot mate ooreenstem met die menings van die respondente rakende die individuele behoeftes van alkohol-afhanklikes volgens Maslow se hierargie van basiese behoeftes. Dit blyk dat die gebrek aan 'n behoefte aan liefde en om te behoort aanleiding gee tot alkohol-afhanklikheid. Dit kom dus sterk navore uit die studie dat 'n behoefte om iewers te behoort, as een van die belangrikste redes aangevoer word wat aanleiding gee tot alkohol-afhanklikheid.

Daar word aanbeveel dat:

- Berading en aktiwiteite in 'n rehabilitasieprogram moet fokus op die individuele behoeftes van die alkohol-afhanklike. Bestaande rehabilitasieprogramme moet dus verseker dat daar op die individuele behoeftes wat aanleiding gee tot die voorkoms van alkohol-afhanklikheid, aandag gegee word
- Indien die alkohol-afhanklike en hul gesin oor die geletterdheid beskik om geskrewe literatuur insake om iewers te behoort, 'n swak selfbeeld en traumatiese ervarings te bemeester, moet die rehabilitasiesentrum die nodige literatuur beskikbaar stel en die alkohol-afhanklike en sy gesin aanmoedig om die literatuur deur te werk.
- Indien moontlik, moet daar ook tydens gesinsberading aandag gegee word aan bogenoemde individuele behoeftes wat aanleiding kan gee tot alkohol-afhanklikheid.

5.2.4 Diagnostiese kriteria wat benut word om alkohol-afhanklikheid te diagnoseer

Die diagnostiese kriteria wat die meeste deur respondente benut word om alkohol-afhanklikheid te diagnoseer, is die DSM-V TR diagnostiese kriteria. Jellinek se fases van alkoholisme en Jellinek se vyf vorms van alkoholiste is ook deur 'n aantal respondente uitgewys as diagnostiese kriteria wat gebruik word. 'n Minderheid van respondente het aangedui dat hulle hul eie vooropgestelde diagnostiese kriteria benut om alkohol-afhanklikheid te diagnoseer.

Die **gevolgtrekking** word dus gemaak dat verskeie diagnostiese kriteria benut word om alkohol-afhanklikheid te diagnoseer waarvan die DSM-V TR die meeste gebruik word. Jellinek se fases van alkoholisme en Jellinek se vyf vorms van alkoholiste as diagnostiese kriteria word ook gereeld gebruik.

Daar word aanbeveel dat :

- Maatskaplike werkers moet voorgesette opleiding ontvang in verband met die diagnostiese kriteria van die DSM-V TR, Jellinek se fases van alkoholisme en Jellinek se vyf vorms van alkoholiste sodat korrekte en akkurate diagnoses gemaak kan word. 'n Verkeerde diagnose kan ernstige gevolge hê, nie net vir die alkohol-afhanklike nie, maar ook vir hulle gesin.

5.2.5 Dienslewering volgens vlakke van ekologiese perspektief

Bevindinge toon dat die meerderheid van die respondente dienste lewer op die mikrovlak van die ekologiese perspektief, wat beteken dat daar hoofsaaklik gefokus word op individuele berading tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes. Die bevindinge toon verder dat 'n minderheid dienste op die mesovlak van die ekologiese perspektief gelewer word. Die fokus van berading op die mesovlak is hoofsaaklik op die gesin gerig en tot 'n mindere mate op die nie-alkoholiese eggenoot en die kind(ers). Nasorgdienste word op die makrovlak van die ekologiese perspektief gelewer. Alkohol-afhanklikes word ook deur die

rehabilitasiesentrum na ander instansies soos byvoorbeeld AA of Al-Anon verwys in die gemeenskap waar die alkohol-afhanklike woonagtig is.

Die **gevolgtrekking** word gemaak dat rehabilitasieprogramme sterk op individuele berading van die alkohol afhanklike gerig is en dat die impak wat alkohol-afhanklikheid op die hele gesin, nie-alkoholiese eggenoot en kind(ers) het, minimale aandag geniet. Dit blyk ook asof nasorgdienste aan die alkohol-afhanklike gelewer word.

Daar word aanbeveel dat:

- Die maatskaplike werker moet gebruik maak van die ekologiese perspektief tydens die rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes aangesien hierdie perspektief die nodige ondersteuning op die mikro-, meso- en makrovlak bied.
- Daar moet tydens 'n rehabilitasieprogram meer aandag daaraan geskenk word om die nie-alkoholiese eggenoot en die kind by die rehabilitasieprogram te betrek.
- Spesifieke beradingsessies rondom die nie-alkoholistiese eggenoot en kinders moet in die rehabilitasieprogram ingewerk word.
- Beradingsessies op die mesovlak van die ekologiese perspektief moet fokus op die redes waarom die persoon van alkohol afhanklik geraak het sodat die gesin, nie-alkoholistiese eggenoot en kinders die redes agter die ontstaan van die probleem kan verstaan.
- Meer klem moet geplaas word op afsonderlike beradingsessies met die gesin, nie-alkoholistiese eggenoot en kinders na die gesamentlike beradingsessie plaasgevind het. Tydens hierdie gesinsberading moet die alkohol-afhanklike se probleem ontleed en bespreek word en moet daar op 'n pad vorentoe vir die gesin, nie-alkoholistiese eggenoot en kinders besluit kan word. Vanuit bogenoemde blyk dit dus duidelik dat gesinsberading, indien dit gestruktureerd benader word, 'n beduidende rol in die aanspreek van die probleem kan speel.

5.2.6 Aard van berading tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes

Met betrekking tot die aard van berading tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes, is daar bevind dat die vertrekpunt van berading tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes holisties van aard is en gebruik maak van 'n multi-dissiplinêre span om effektiewe dienste te lewer. Groepwerk word as die primêre vorm van berading benut. Die inhoud van die groepwerk fokus hoofsaaklik op die deurgee van opvoedkundige inligting oor alkohol-afhanklikheid, die aanleer van vaardighede om alkohol-afhanklikheid te hanteer asook hoe om hierdie vaardighede prakties te implementeer.

Die deelnemers het verder aangedui dat nadat die individue in groepwerk betrek is, gevallewerk as intervensiemetode in die rehabilitasieprogram benut word. Die klem van die

beradingsessies veskuif dus vanaf groepwerk na gevallewerk waar die maatskaplike werker die individu se lewensgeskiedenis assesser, hul individuele behoeftes en persoonlike snellers bepaal en hul finansiële vaardighede verhoog.

Die **gevolgtrekking** is dat 'n holistiese benadering in rehabilitasieprogramme gevolg moet word waar berading nie net in groepsverband plaasvind nie, maar dat alkohol-afhanklikes ook individuele berading ontvang.

Daar word aanbeveel dat:

- Die rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes vir groepwerk moet ook voorsiening maak vir individuele berading aangesien deelnemers aangedui het dat die individu se lewensgeskiedenis, individuele behoeftes, persoonlike snellers en finansiële situasie belangrike faktore is waarom 'n persoon afhanklik raak van alkohol.
- Weens die kompleksiteit van alkohol-afhanklikheid, moet rehabilitasieprogramme voortgaan om 'n holistiese benadering te volg deur op die emosionele, fisiese en geestelike komponente van die individu se lewe fokus.
- Indien rehabilitasiesentrums nog nie 'n multi dissiplinêre span saamgestel het nie, is dit noodsaaklik om een te vestig, aangesien dit bydra tot die aanspreek van alkohol-afhanklikheid op 'n holistiese wyse.
- Die rehabilitasieprogram moet verder sodanig opgestel word dat groepswerk en gevallewerk mekaar aanvul en komplementeer.

5.2.7 Aard van berading indien gesin betrek word by die rehabilitasieprogram

Daar is bevind dat gesinne op 'n beperkte basis in gesinsberaad betrek word tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes. Redes hiervoor is dat maatskaplike werkers nie genoegsame tyd tot hulle beskikking het om die gesin by die rehabilitasieprogram te betrek nie. Die gesin ontvang sodoende nie die nodige ondersteuning en berading om alkohol-afhanklikheid effektief te hanteer en te verwerk nie, aangesien minimale deelnemers aangedui het dat gesinsberaad tydens 'n rehabilitasieprogram plaasvind.

Indien die gesin wel by die rehabilitasieprogram betrek word, word daar slegs op herkonstruksiedienste, die opvoeding en voorbereiding van die gesin op die terugkeer van die alkohol-afhanklike na hul woning in 'n enkele inligtingsessies gefokus. Geen deelnemers het aangedui dat die gesin tydens 'n rehabilitasieprogram voorberei word aangaande 'n terugval van die alkohol-afhanklike nie.

Die **gevolgtrekking** word gemaak dat, waar die gesin wel betrek word by die rehabilitasieprogram, daar slegs aandag aan die herkonstruksie van die gesin verleen word en minimale berading aan die gesin verleen word om die emosionele, fisiese en geestelike

impak wat alkohol-afhanklikheid op die gesin uitoefen, aan te spreek. Geen aandag word egter aan terugval geskenk nie. Die gesin word dus nie ten volle bemagtig om al die negatiewe impakte wat alkohol-afhanklikheid op die gesin kan uitoefen, te hanteer nie.

Daar word aanbeveel dat:

- Maatskaplike werkers, waar moontlik, moet die nodige tyd beskikbaar maak sodat die gesin betrek kan word in die rehabilitasieprogram.
- Maatskaplike werkers moet aangemoedig word om tuisbesoeke te onderneem om begrip te ontwikkel vir die daaglikse roetine van die gesin en interpersoonlike patrone tussen gesinslede.
- Maatskaplike werkers moet tydens 'n rehabilitasieprogram waar die gesin betrek word, nie net op herkonstruksie van die gesin en die opvoeding en voorbereiding van die gesin op die terugkeer van die alkohol-afhanklike na hul woning fokus nie, maar moet die nodige berading en ondersteuning aan die gesin gee word om die emosionele, fisiese en geestelike impak wat alkohol-afhanklikheid op die gesin uitoefen, aan te spreek sodat hulle instaat is om die effek wat alkohol-afhanklikheid op die gesin uitoefen, te hanteer en te verwerk.
- Maatskaplike werkers moet tydens 'n rehabilitasieprogram daarop fokus om die gesin voor te berei op terugslae en om hulle te bemagtig met die nodige kennis en vaardighede om die kans op 'n terugval verminder.

5.2.8 Aard van nasorgdienste na voltooiing van rehabilitasieprogram

Daar is bevind dat dat die meeste rehabilitasiesentrums self nasorgdienste lewer. Dienste wat gelewer word sluit individuele berading deur die maatskaplike werkers en die opstel van nasorgplanne in terwyl selfhelpgroepe wat deur gerehabiliteerde alkoholiste gefasiliteer word ook deur die rehabilitasiesentrums daargestel word.

Indien rehabilitasiesentrums nie nasorgdienste lewer nie word die nasorgdienste deur eksterne organisasies gelewer. Die alkohol-afhanklikes word in sulke gevalle terugverwys na die instansie/maatskaplike werker wat hulle oorspronklik verwys het om rehabilitasie te ondergaan. In hierdie geval raak die alkohol-afhanklike die verantwoordelikheid van eksterne maatskaplike werkers. Eksterne maatskaplike werkers se gevallelading is egter van so 'n aard en omvang dat slegs minimale nasorgdienste aan die alkohol-afhanklike gelewer kan word. Die rehabilitasiesentrum verwys die alkohol afhanklike egter ook na ondersteuningsgroepe en ander instansies vir verdere berading en ondersteuning soos byvoorbeeld die AA.

Die **gevolgtrekking** word gemaak dat die alkohol-afhanklike na afloop van die rehabilitasieprogram, wanneer die rehabilitasiesentrum self nasorgdienste lewer, die nodige

ondersteuning en bystand vanaf die rehabilitasie sentrum ontvang. Dit blyk egter dat die alkohol-afhanklike, wat na afloop van die rehabilitasieprogram nie naby die rehabilitasiesentrum woonagtig is nie, nie by die rehabilitasieprogramme van die instansie kan inskakel nie, en sodoende gebruik moet maak van die nasorgdienste van 'n eksterne maatskaplike werker. Aangesien die eksterne maatskaplike werker se werklading soms te hoog is, beskik die maatskaplike werkers nie oor die nodige tyd om effektiewe nasorgdienste aan die alkohol-afhanklike te lewer nie en kry die alkohol-afhanklike dus nie die nodige ondersteuning wat benodig word om terugval te verhoed nie. In die geval wil dit voorkom asof die dienste wat deur die maatskaplike werkers tydens die rehabilitasieprogram aan die alkohol-afhanklike gelewer word, nie deurgevoer word in die vorm van nasorgdienste deur die eksterne maatskaplike werkers nie. Die eksterne maatskaplike werkers faal dus om effektiewe nasorgdienste aan die alkohol afhanklike te lewer en sodoende is die terugvalsyfer relatief hoog. Dit is dus duidelik uit bogenoemde dat die nodige nasorgdienste, soos vereis deur die minimum norme en standaarde vir binnepasiënt-rehabilitasiesentrums, nie gedoen word nie.

Daar word aanbeveel dat:

- Maatskaplike werkers wat werksaam is by die rehabilitasie sentrum, asook die eksterne maatskaplike werkers, moet ingelig word rakende die uiters belangrike rol wat nasorgdienste speel in die voorkoming van terugval deur die alkohol-afhanklike.
- Die feit dat rehabilitasiesentrums nie in die nasorgdienste, soos vervat in die minimum norme en standaarde van 'n binnepasiënt-rehabilitasieprogram, voldoen nie moet onder die Departement van Maatskaplike Ontwikkeling se aandag gebring word.
- Indien finansies beskikbaar is moet 'n rehabilitasiesentrum 'n maatskaplike werker oplei/aanstel wat spesialiseer in nasorgdienste en dus op die lewering van hierdie spesifieke diens kan fokus.
- Maatskaplike werkers moet ondersteuningsgroepe by die rehabilitasiesentrum fasiliteer en moet sover dit prakties moontlik is vir die alkohol-afhanklike, beskikbaar wees indien die alkohol-afhanklike 'n crises ondervind.
- Maatskaplike werkers die alkohol-afhanklike op kort kennisgewing na ander rolspelers soos byvoorbeeld 'n psigiater, kan verwys indien verdere berading benodig word.
- Gesinslede moet aangemoedig word om die alkohol-afhanklike by te staan en te ondersteun om te verseker dat die alkohol-afhanklike die nodige nasorgprogram getrou volg.
- Die gesin moet aangemoedig word om die maatskaplike werker onmiddelik in kennis te stel indien abnormaleite, soos byvoorbeeld laatkom by die huis sonder 'n geldige

rede, by die alkohol-afhanklike se gedrag opgemerk word wat 'n terugval kan veroorsaak.

5.2.9 Aspekte van die gesinstruktuur wat deur alkohol-afhanklikheid beïnvloed word

Daar is bevind dat alkohol-afhanklikheid die gesinstruktuur negatief beïnvloed, aangesien die gesin se daaglikse roetines, gesinslede se rolle, kommunikasiepatrone tussen gesinslede, rituele van die gesin sowel as die sosiale lewe van die gesin negatief deur alkohol-afhanklikheidbeïnvloed word. Daar is ook aangedui dat alkohol-afhanklikheid 'n negatiewe impak op die intimiteit van die egpaar mag hê en dat dit die gesin se finansiële stabiliteit totaal kan ontwig.

Die **gevolgtrekking** kan dus gemaak word dat alkohol-afhanklikheid definitief negatief impakteer op omtrent alle aspekte van die gesinstruktuur. Dit blyk verder dat repondente nie werklik oor die opleiding en kennis beskik om die aspekte van die gesinstruktuur wat negatief deur alkohol-afhanklikheid geaffekteer word, aan te spreek nie.

Daar word aanbeveel dat:

- Maatskaplike werkers moet ingelig word insake die belangrikheid van gesinsberading tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes.
- Maatskaplike werkers in rehabilitasiesentrums moet daarop fokus om die gesin meer gereeld by dienslewering te betrek, aangesien die gesinstruktuur totaal ontwig word deur alkohol-afhanklikheid.
- Indien finansies beskikbaar is, moet rehabilitasiesentrums 'n maatskaplike werker aanstel wat spesialiseer in gesinberading om die nodige ondersteuning en bystand aan die gesin te verleen tydens die rehabilitasieprogram.

5.2.10 Sienings oor betrokkenheid van gesinslede in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes

Deelnemers het aangedui dat die betrokkenheid van die gesin in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes noodsaaklik is om uitkomste suksesvol te bereik, aangesien die gesin inligting oor die alkohol-afhanklike se gedrag kan verskaf en die ondersteuning van gesinslede van kardinale belang is vir die herstel van die alkohol-afhanklike. Daar is verder aangedui dat dit ook noodsaaklik is dat die gesin hul eie verandering ondergaan terwyl die alkohol-afhanklike in die rehabilitasiesentrum is.

Die **gevolgtrekking** kan dus gemaak word dat die betrokkenheid en ondersteuning van die gesinslede tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes, die alkohol-afhanklike se kans om terugval te verminder.

Daar word aanbeveel dat:

- Die maatskaplike werker moet die gesinslede in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes insluit.
- Die gesin moet behoorlik ingelig word oor die noodsaaklikheid om te alle tye betrokke te wees by die rehabilitasieprogram vir die alkohol-afhanklike.

5.2.11 Menings oor uitdagings om die gesin te betrek in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes

Bevindings dui daarop dat 'n groot aantal praktiese- en gesinsverwante uitdagings bestaan wat maatskaplike werkers ondervind indien die gesin by die rehabilitasieprogram betrek word. Hierdie praktiese uitdagings wat geïdentifiseer is, is 'n gebrek aan vervoer, gebrek aan finansies en afstand vanaf die rehabilitasiesentrum.

Gesinsverwante uitdagings soos die emosionele toestand van die gesinslede, die feit dat gesinslede rehabilitasie as die alkohol-afhanklike se eie verantwoordelikheid beskou, sowel as ontkenning van alkohol-afhanklikheid en die gebrekkige belangstelling van gesinslede, verdere uitdagings is wat 'n maatskaplike werker ondervind om die gesin by die rehabilitasieprogram te betrek.

Die **gevolgtrekking** kan dus gemaak word dat bogenoemde uitdagings verhoed dat die gesin by die rehabilitasieprogram betrek word en veroorsaak dus dat die maatskaplike werker nie die nodige dienste aan die gesin kan verskaf nie.

Daar word aanbeveel dat:

- Die instansies, soos uiteengesit in die minimum norme en standaarde vir 'n binnepatiënt-rehabilitasieprogram, finansiële ondersteuning aan die gesin verleen sodat die gesin instaat gestel word om deel te vorm van die rehabilitasieprogram.

5.3 AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING

Gesien in die lig van die resultate van die studie oor die rol van maatskaplike werkers tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes, word die volgende aanbevelings vir verdere navorsing wat moontlik onderneem kan word, voorgelê:

- Hierdie studie het slegs op die rol van 'n maatskaplike werker in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes gefokus. Daar is sodoende nie inligting bekom oor die rol van 'n maatskaplike werker tydens 'n rehabilitasieprogram vir ander middele wat in die Suid-Afrikaanse kontekst misbruik word nie. Daar word aanbeveel dat hierdie studie as basis gebruik word vir moontlike soortgelyke studies op ander middele.

- Hierdie studie het slegs op die gesin en die nie-alkoholiese eggenoot gefokus. Die effek wat alkohol-afhanklikheid op die kind het is dus nie tydens hierdie studie ondersoek nie. Aangesien die kind 'n baie belangrike element van die gesin vorm, word daar aanbeveel dat die impak van die alkohol-afhanklikheid op die kind het in 'n verdere studie ondersoek word.
- Meer in-diepte navorsing oor die impak van mede-afhanklikheid op alkohol-afhanklikheid, moet ondersoek word.
- 'n Studie behoort gedoen te word rondom die redes waarom maatskaplike werkers slegs vir kort tydperke by instansies werkzaam is en wat die impak daarvan is op die verhouding tussen die maatskaplike werker en die alkohol-afhanklike.

5.4 SAMEVATTING

Hierdie hoofstuk het 'n oorsig rakende die doel van hierdie studie verskaf en aangedui dat die doelwitte vir hierdie studie suksesvol uitgevoer en bereik is. Die laaste doelwit vir hierdie studie, naamlik om aanbevelings te maak ten opsigte die rol van maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes, is bereik. Gevolgtrekkings en aanbevelings oor die rol van 'n maatskaplike werker tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanlikes, is verskaf, en aanbevelings vir toekomstige navorsing is gemaak.

Alhoewel die navorser vooraf onder die indruk was dat maatskaplike werkers in 'n rehabilitasieprogram die nodige ondersteuning en bystand aan die alkohol-afhanklike se gesin bied, is die teendeel deur hierdie studie bewys. Maatskaplike werkers tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes is meer geneig daartoe om sterk op individuele berading aan die alkohol-afhanklike te fokus en die effek wat alkohol-afhanklikheid op die gesin het, word grootliks geïgnoreer.

BRONNELYS

- About.com. 2013. *Diagnostic criteria for alcohol abuse and dependence*. [Aanlyn].
Beskikbaar: <http://alcoholism.about.com/cs/alerts/l/blnaa30.htm>. Toegang: 10 Junie 2013.
- AFT. 2014. *Association for family therapy and systematic practice*. [Aanlyn]. Beskikbaar:
www.aft.org.uk/consider/view/family-therapy.html?tzcheck=1. Toegang: 15 April 2014.
- Albertyn, A. 2012. *Moeders se fasilitering van hul voorskoolse kinders se emosionele ontwikkeling: 'n Kinderregte-Perspektief*. Department Maatskaplike Werk. Stellenbosch: Stellenbosch Universiteit.
- Alcohol concern. 2006. *Effects on family life*. [Aanlyn]. Beskikbaar:
http://www.alcoholandfamilies.org.uk/documents/7/effects_children_and_families/effects_family_life.htm. Toegang: 13 Mei 2013.
- Alcoholmd. 2011. *Alcohol relapse*. [Aanlyn]. Beskikbaar:
<http://www.alcoholmd.com/alcoholrelapse.htm>. Toegang: 14 Februarie 2013.
- Alcohol rehab.com. 2014. *Importance of aftercare in recovery*. [Aanlyn]. Beskikbaar:
<http://alcoholrehab.com/addiction-recovery/importance-of-aftercare/>. Toegang: 26 Augustus 2014.
- Alcohol rehab site. 2013. *How does an alcohol rehab centre help?* [Aanlyn]. Beskikbaar:
<http://alcoholrehabsite.net/how-does-an-alcohol-rehab-centre-help.php>. Toegang: 13 Maart 2013.
- Archer, M.D. 2008. *Getting started in forex trading strategies*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Athealth.com. 2011. *Alcohol use and abuse*. [Aanlyn]. Beskikbaar:
<http://www.athealth.com/consumer/disorders/alcoholfamily.html>. Toegang: 11 Junie 2013.
- Babbie, E. 2010. *The practice of social research*. 11de uitgawe. USA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Bennett, C. 2013. *Psychology Today*. [Aanlyn]. Beskikbaar:
<http://www.psychologytoday.com/heartache-hope/201304/boredom-very-real-road-addiction>. Toegang: 27 Augustus 2014.
- Berger, A.M., Shuster, J.L & Von Roenn, J.H. 2007. *Principles and practice of palliative care and supportive oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Berg-Weger, M. 2013. *Social work and social welfare: An invitation*. 3de uitgawe. New York: Routledge.

Bergin, C.C. & Bergin, D.A. 2012. *Child and adolescent development: In your classroom*. 2de uitgawe. USA: Cengage Learning.

Bezuidenhout, T.J. 2004. *A reader on selected social issues*. Pretoria: Van Schaik Publishers.

Bird, B. 2010. *Livingstrong.com*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.livestrong.com/article/236828-the-effects-of-substance-abuse-on-marriage/>. Toegang: 12 Junie 2013.

Blair, N. 2011. *The reasons why people use drugs- A quick overview*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://thejenniferact.com/2011/05/12/reasons-why-people-use-drugs/>. Toegang: 26 Augustus 2014.

Bless, C., Higson-Smith, C. & Kagee, A. 2009. *Fundamentals of social research methods: An African perspective*. 4de uitgawe. South Africa: Juta & Co. Ltd.

Blocker, J.S., Fahey, D.M & Tyrrel, I.R. 2003. *Alcohol and temperance in modern history: A global encyclopedia*. USA: ABC-Clio.

Blum, K. & Payne J.E. 1991. *Alcohol and the addictive brain*. USA: The Free Press.

Brandell, J.R. 2011. *Theory & practice in clinical social work*. 2de uitgawe. USA: SAGE Publications, Inc.

Bratter, T.E. & Forrest, G.G. 1985. *Alcoholism and substance abuse: Strategies for clinical intervention*. USA: The Free Press.

Burton, N. 2012. *Psychology Today*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.psychologytoday.com/blog/hide-and-seek/201205/our-hierarchy-needs>. Toegang: 11 Junie 2013.

Cant, A.K & Pheiffer, S.E. 2011. *Intimate partner violence and alcohol abuse in the Indigenous populations of Panamá*. Florida: University of South Florida.

Carruth, B. & Mendenhall, W. 1989. *Co-dependency: issues in treatment recovery*. New York: Haworth

Chaukar, S. 2008. Codependency. *Hpathy.com*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://hpathy.com/homeopathy-papers/codependency/>. Toegang: 25 Julie 2013.

Cherry, K. 2013. Psychology. *About.com*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://psychology.about.com/od/psychoactivedrugs/a/depressants.htm>. Toegang: 16 Mei 2013.

Cloete, M.L. 2013. *Opvoedingsrolle van versorgers van adolessente met fetale-alkoholsindroom*. Departement Maatskaplike Werk. Stellenbosch: Stellenbosch Universiteit.

Codependence Freedom.com. 2010. *Codependency Symptoms*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.codependencyfreedom.com/category/codependency/>. Toegang: 9 Februarie 2013.

Connors, G.J. & DiClemente C.C. 2013. In Velasquez, M.M. & Donovan, D.M. *Substance abuse treatment and the stages of change. Selecting and planning interventions*. 2d uitgawe. New York: The Guilford Press.

Copello, A.X., Velleman, R.D.B & Templeton, L.J. 2005. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and alcohol review*, 24: 369-385.

Creswell, J.W. 2009. *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. 3de uitgawe. Thousand Oaks: Sage.

Departement van Gesondheid. 2011. *What is addiction treatment?* [Aanlyn]. Beskikbaar: https://www.health.ny.gov/professionals/patients/discharge_planning/2008-06-12_what_is_addiction_treatment.htm. Toegang: 27 Augustus 2014.

Departement van Maatskaplike Ontwikkeling. 2008. Minimum norms and standards for inpatient treatment centres. Pretoria, Republiek van Suid-Afrika.

De Marinda, S. 1987. *Dwelms en dwelmmisbruik in Suider-Afrika*. Pretoria: Van Schaik.

De Vos, A.S., Strydom, H., Fouché, C.B & Delport, C.S.L. 2011. *Research at Grass Roots: For the social sciences and human service professions*. Pretoria: Van Schaik Publishers.

De Wet, N. 1999. Humanistiese persoonlikheidsteorie – persoonlikheidsvorming. *Myfundi*. [Aanlyn]. Beskikbaar: http://www.myfundi.co.za/a/Humanistiese_persoonlikheidsteorie_-_Persoonlikheidsvorming. Toegang: 11 June 2013.

Enoch, M., White, K.V., Harris, C.R., Robin, R.W., Ross, J., Rohrbaugh, J.W & Goldman, D. 1999. Association of low-voltage alpha EEG with a subtype of alcohol use disorders. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 23 (8), 1312-1319.

Fals-Stewart, W., Kashdan, T.B., O'Farrel, T.J. & Birchler, G.R. 2002. Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: effects on partner violence. *Journal of substance abuse treatment*, **22**(2), 87-96.

Faqs.org. 2014. Family therapy. [Aanlyn]. Beskikbaar:
<http://www.faqs.org/health/topics/65/Family-therapy.html>. Toegang: 21 Augustus 2014.

Fields, M. 2012. Social media chimps. [Aanlyn]. Beskikbaar:
<http://socialmediachimps.com/infographics/maslows-hierarchy-needs-mapped-social-media-sites-infographic/>. Toegang: 11 Junie 2013.

Finley, J.R. 2004. *Integrating the 12 steps into addiction therapy. A resource collection and guide for promoting recovery*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Fisher, G.L. 2011. *Understanding why addicts are not all alike. Recognizing the types and how their differences affect intervention and treatment*. USA: ABC- Clio, LLC.

Fisher, G.L. & Harrison, T.C. 2009. *Substance abuse: Information for school counsellors, social workers, therapists an counsellors*. 4de uitgawe. USA: Pearson Education, Inc.

Fox, L. (2010). Getting family members involved in your client's recovery. *Hazelden*. [Aanlyn]. Beskikbaar: http://www.bhevolution.org/public/iddt_family_education.page. Toegang: 20 Augustus 2014.

Fox, M. & Wilson, L. 2011. *Counselling older people with alcohol problems*. UK: Jessica Kingsley Publishers.

Friedman, B.D & Allen, K.N. 2010. [Aanlyn]. Beskikbaar:
http://art.barakatks.com/files/att/32947_Chapter1.pdf. Toegang: 14 Augustus 2013.

Galizio, M. & Maisto, S.A. 1985. *Determinants of substance abuse. Biological, Psychological, and environmental factors*. New York: Plenum Press.

Galvani, S. 2012. *Supporting people with alcohol and drug problems. Making a difference*. USA: The Policy Press.

Gifford, M., Friedman, S. & Majerus, R. 2010. *Alcoholism*. USA: Greenwood publishing group.

Gilbert, N. 2011. *Researching social life*. 3de uitgawe. Great Britain: Ashford Colour Press Ltd.

Goldenberg, H. & Goldenberg, I. 2002. *Counselling today's families*. California: Brooks/Cole Publishers.

GoodTherapy.org. 2014. *Family therapy*. [Aanlyn]. Beskikbaar: www.goodtherapy.org/family-therapy.html#. Toegang: 27 Augustus 2014.

Green, M. 2011. *Alcohol and child abuse*. Livestrong.com. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.livestrong.com/article/240851-alcohol-child-abuse/>. Toegang: 13 Junie 2013.

Greene, R.R. 2010. *Human behavior theory & social work practice*. 3de uitgawe. New Jersey: Transaction Publishers.

Gurman, A.S & Kniskern, D.P. 2013. *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Hagerty, M.R. 1999. Testing Maslow's Hierarchy of Needs: National Quality-of-Life across Time. *Social Indicators Research*, 46(3), 249-271.

Haugland, B.S.M. 2005. Recurrent disruptions of rituals and routines in families with parental alcohol abuse. *Family relations*, 54(2), 225-241.

Healy, K. 2005. *Social work theories in context. Creating frameworks for practice*. Houndmills: Palgrave-Macmillan.

Hevey, M. 2007. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://health.uml.edu/thc/HealthIssues/AlcoholismFamilyEffects/default.html>. Toegang: 13 Mei 2013.

Hitzeroth, V. & Kramer, L. 2010. *Die einde van verslawing: 'n Volledige Suid-Afrikaanse gids*. Kaapstad: NB-Uitgewers.

Higgings, M. 2012. *Living with substance addiction*. USA: ABDO Publishing Company.

Huitt, W. 2007. *Maslow's hierarchy of needs*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.edpsycinteractive.org/topics/conation/maslow.html>. Toegang: 11 Junie 2013.

Husney, A. 2012. *WebMed*. [Aanlyn]. Beskikbaar: www.webmed.com/balance/family-therapy-6301. Toegang: 1 April 2014.

Jarvis, T.J., Tebbutt, J., Mattick, R.P. & Shand, F. 2005. *Treatment Approaches for alcohol and drug dependence. An introductory guide*. USA: John Wiley & Sons Ltd.

Jeram, R.H. 2009. *Substance abuse amongst secondary school learners*. Department of Educational Psychology: University of Zululand.

Johnson, L.C & Yanca, S.J. 2007. *Social work practice. A generalist approach*. 9de uitgawe. USA: Pearson Education, Inc.

Kaufman, E. & Kaufmann, P. 1992. *Family therapy of drug and alcohol abuse*. 2de uitgawe. USA: Allyn and Bacon.

Kaufman, E. & Yoshioka, M.R.M. 2005. *Substance abuse treatment and family therapy*. USA: DHHS Publication.

King, S.G. 2010. *Emotional effects of alcohol abuse*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.livestrong.com/article/149302-emotional-effects-of-alcoholism-on-the-family/>. Toegang: 13 Mei 2013.

Kinney, J. 2006. *Loosening the grip: A handbook of alcohol information*. 8de uitgawe. USA: McGraw- Hill Companies, Inc.

Kominars, S.B & Kominars, K.D. 1996. *Accepting ourselves & Others. A journey into recovery from addictive & compulsive behaviours for gays, lesbians & bisexual*. USA: Never summer partners.

Krucik, G. 2012. Alcohol addiction support groups. *Healthline*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.healthline.com/health/alcohol-addiction-support-groups>. Toegang: 13 Oktober 2014.

Kumar, R. 2011. *Research methodology: a step-by-step guide for beginners*. 3de uitgawe. London: SAGE Publications Ltd.

Lalwani, P. 2010. Types of alcoholism. *Buzzle*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.buzzle.com/articles/types-of-alcoholism.html>. Toegang: 10 Junie 2013.

Lambert, S.F. 2011. Ethical an legal issues in addiction outcome research. *Counselling Outcome Research and Evaluation*, **2**(1), 25-36.

Lazlo, A & Krippner, S. 1997. Systems theories: their origins, foundations, and development. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://archive.syntonyquest.org/elcTree/resourcesPDFs/SystemsTheory.pdf>. Toegang: 14 Augustus 2013.

Lee, J. 2012. Behavioural couples therapy for alcoholism and drug abuse: How and why it works so well. *Choose help*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.choosehelp.com/addiction-treatment/behavioral-couples-therapy-for-alcoholism-and-drug-abuse-how-and-why-it-works-so-well>. Toegang: 1 Augustus, 2013.

- Lee, K. 2010. The basics of family therapy. *Everyday Health*. [Aanlyn]. Beskikbaar: www.everydayhealth.com/family-health/family-therapy.aspx. Toegang: 15 April 2014.
- Leggio, L., Kenna, G.A., Fenton, M., Bonenfant, E. & Swift, R.M. 2009. Typologies of alcohol dependence: From Jellinek to genetics and beyond. *Neuropsychology review*, 19(1): 115-129.
- Levin, J.D., Culkin, J. & Perrotto, R.S. 2001. *Introduction to chemical dependency counselling*. USA: Jason Aronson Inc.
- Lewis, J.A., Dana, R.Q. & Blevins, G.A. 2011. *Substance abuse counselling*. 4de uitgawe. USA: Brooks/Cole Cengage Learning.
- Lifestyle Karma. 2013. *Types of alcoholism*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.lifestylekarma.com/2011/09/05/types-of-alcoholism/>. Toegang: 29 April 2011..
- Louw, D. & Louw, A. 2007. *Die ontwikkeling van die kind en die adolessent*. Bloemfontein: Psychology publications.
- Maisto, S.A., Galizio, M. & Connors, G.J. 2011. *Drug use and abuse*. (6de uitgawe. USA: Cengage Learning, Inc.
- Mandelíková, M. 2010. *Adolescents Substance Use: Identifying Factors Influencing Alcohol Consumption among High School Students in the Czech Republic*. Prague: Department of Social Science, Charles University in Prague.
- Marshall, M.P. 2003. For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. *Clinical Psychology Review*, 23(7), 959-997.
- Mascott, C. 2006. An introduction to alcoholism. *PsychCentral*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://psychcentral.com/lib/alcoholism-and-its-treatment/000270>. Toegang: 12 Augustus 2014.
- Maton, K.I., Schellenbach, C.J., Leadbeater, B.J. & Solarz, A.L. 2004. *Investing in children, youth, families, and communities: strengths-based research and policy*. Washington: American Psychological Association.
- Mattoo, S.K., Nebhinnani, N., Kumar, A., Basu, D. & Kulhara, P. 2013. Family burden with substance dependence: a study from India. *Indian journal of medical research*, 137(4), 704-711.
- McCann, M., Burnhams, N.H., Albertyn, C. & Bhoola, U. 2011. *Alcohol, Drugs & Employment* 2de uitgawe. Claremont: Juta & Co LTD.

McCrady, B.S. & Epstein, E.E. 1999. *Addictions. A comprehensive guidebook*. New York: Oxford University Press, Inc.

Medical Criteria.com. 2010. *DSM-IV diagnostic criteria for alcohol dependence*. [Aanlyn]. Besikbaar: http://www.medicalcriteria.com/criteria/dsm_alcoholdep.htm. Toegang: 10 Junie 2013.

Michael's House. 2013. *Alcohol rehab*. [Aanlyn]. Besikbaar: <http://www.michaelshouse.com/alcohol-rehab/>. Toegang, 13 Maart 2013.

Milhorn, H.T. 1994. *Drug and alcohol abuse: The authoritative guide for parents, teachers and counsellors*. USA: Plenum Press.

Miller, G. 2010. *Learning the language of addiction counselling*. 3de uitgawe. Kanada: John Wiley & Sons, Inc.

Miller, P.M. 2009. *Evidence-based addiction treatment*. USA: Academic Press.

Miller, W.R. & Rollnick, S. 2013. *Motivational interviewing. Helping people change*. 3de uitgawe. New York: The Guilford Press.

Miller, W.R & Tonigan, J.S. 1996. Assessing drinkers' motivation for change: The stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of addictive behaviours*, 10(2), 81-89.

Miller, W.R., Zweben, A., DiClemente, C. & Rychtarik, R. 1992. *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. Rockville: National institute on alcohol abuse and alcoholism.

Moelker, W. 2008. *Why do people drink alcohol*. Web4Health. [Aanlyn]. Besikbaar: <http://web4health.info/en/answers/add-alcohol-why.htm>. Toegang: 11 Junie 2013..

Mogul, S. 2013. Learn about alcoholism.com. [Aanlyn]. Besikbaar: <http://www.learn-about-alcoholism.com/stages-of-alcoholism.html>. Toegang: 7 Junie 2013..

Mordey, A. 2012. Low self esteem and alcohol and drug addiction. *Change to Change*. [Aanlyn]. Besikbaar: http://www.thecabinchiangmai.com/archive/low_self_esteem_and_drug_and_alcohol_addiction#.U_8DIVcxiMY. Toegang: 27 Augustus 2014.

Mosley, J. 2011. Universal needs. *Drugsandstuff.co.uk*. [Aanlyn]. Besikbaar: http://www.drugsandstuff.co.uk/drugs/02_why_do_people_use/maslow.htm. Toegang: 11 Junie 2013

- Muuss, R.E. 2006. *Theories of adolescence*. New York: McGraw-Hill Publishers.
- Myers, P.L. & Isralowitz, R.E. 2011. *Alcohol. Health and medical issues today*. California: Greenwood publishing group.
- Myrick, H. 2006. *Medscape education*. [Aanlyn]. Beskikbaar: http://www.medscape.org/viewarticle/543758_4. Toegang: 7 Junie 2013..
- Nelson, A. 2012. *Social work with substance users*. London: SAGE Publications Ltd.
- Neuman, W.L. 2011. *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. USA: Allyn & Bacon.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A. & Greene, B. 2008. *Abnormal psychology in a changing world*. (7de uitgawe. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Nichols, M.P. & Schwartz, R.C. 2004. *Family therapy*. Boston: Allyn & Bacon.
- Nordqvist, C. 2009. What is an alcoholic? What is alcoholism? *MNT* [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/157163.php>. Toegang: 2 Junie 2012.
- O'Farrel, T.J. 1989. Marital and family therapy in alcoholism treatment. *Journal of substance abuse treatment*, **6**(1), 23-29.
- O'Farrel, T.J. & Fals-Stewart, W. 2000. Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of substance abuse treatment*, **18**(1), 51-54.
- O'Farrel, T.J. & Fals-Stewart, W. 2003. Alcohol abuse. *Journal of marital and family therapy*, **29**(1), 121-146.
- Orcutt, J.D. & Rudy, D.R. 2003. *Drugs, alcohol and social problems*. United Kingdom: Rowman & Littlefield publishers, Inc.
- Parker, J. & Guest, D.L. 1999. *Guide to 12-step program. How, when and why to refer a client*. USA: Greenwood Publishing Group, Inc.
- Parsons, T. 2003. Alcoholism and its effect on the family. *AllPsych Online* [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://allpsych.com/journal/alcoholism.html>. Toegang: 31 Oktober 2014.
- Perkins, C. 2007. Alcoholism in marriage. *Alternatives for alcoholism*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.alternatives-for-alcoholism.com/alcoholism-marriage.html>. Toegang: 12 Junie 2013.

Perkins, R.R. 2004. *Treating alcoholism. Helping your clients find the road to recovery.* Kanada: John Wiley & Sons, Inc.

Phorio standards. 2012. *Rehabilitation center.* [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://standards.phorio.com/?t=definition&code=7318290572>. Toegang: 9 Julie 2013.

Pisa, P.T., Loots, D.T & Nienaber, C. 2010. Alcohol metabolism and health hazards associated with alcohol abuse in a South African context: A review. *South African journal of clinical nutrition*, **2**(23), 4-10.

Pope, J. 2010. Family therapy. *WebMD.* [Aanlyn]. Available: <http://www.webmd.com/balance/family-therapy-6301>. Toegang: 5 Junie 2012.

Promises. 2012. The importance of aftercare following drug rehab. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.promises.com/articles/aftercare/>. Toegang: 26 Augustus 2014.

Quadrio, P.A. & Besseling, C. 2009. *Politics and religion in the new century. Philosophical reflections.* Australia: Sydney University Press.

Raney, N. 2012. Diagnostic tools. *Creative mind control.* [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://creativemindcontrol.wordpress.com/2012/07/22/diagnostic-tools-essay/>. Toegang: 10 Junie 2013.

Reber, A.S. & Reber, E.S. 2011. *The penguin dictionary of psychology.* 3de uitgawe. London: Penquin.

Rehabs.com. 2014. *The addiction rehabilitation process.* [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.rehabs.com/about/the-addiction-rehabilitation-process/>. Toegang: 23 September 2014.

Rehabilitation.org. 2010. *Rehabilitation: what is rehab or rehabilitation?* [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.rehabilitations.org/>. Toegang: 13 Maart 2013

Reddy, K. 2009. *Adolescents' experience of the impact of alcoholism in their families: An educational psychological perspective.* Pretoria: Department of education, University of South Africa.

Relat, I. 2013. Does Unemployment lead to greater alcohol consumption? *NIH Public Access*, **52**(2), 444-466.

Research participant registry: improving health through research. 2011. *Research terms and definitions.* [Aanlyn]. Beskikbaar: http://www.researchregistry.pitt.edu/EduInfo_Terms.shtml. Toegang: 15 Februarie 2013.

- Riley, J. 2012. Motivation theory: Maslow. *Tutor2u*. [Aanlyn]. Beskikbaar: http://www.tutor2u.net/business/people/motivation_theory_maslow.asp. Toegang: 11 Junie 2013
- Rodrigo, S.N. 2009. *How religious education and Christian spirituality can restore lost trust and foster interdependent relationships among adult children of alcoholics*. New York: Department of Philosophy, Fordham University.
- Rudy, D.R. 1986. *Becoming alcoholic: Alcoholics Anonymous and the reality of alcoholism*. USA: Southern Illinois University Press.
- Saayman, J.J. 1986. 'n Ondersoek na die verbruikersmark van vars groente en vrugte in die Wes-Kaap: 'n Behoeftestudie. Stellenbosch: Departement Ekonomiese Wetenskap, Universiteit Stellenbosch.
- SA Health info. 2008. Alcohol and drug abuse module. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.sahealthinfo.org/admodule/alcohol.htm>. Toegang: 22 Maart 2013.
- Saitoh, S., Steinglass, P. & Schuckit, M.A. 1992. *Alcoholism and the family*. Tokyo: Seiwa Shoten Publishers.
- Sarma, A. & Van der Hoek, A. 2004. *A need hierarchy for teams*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://cse.unl.edu/~asarma/papers/maslow.pdf>. Toegang: 11 Junie 2013.
- Scanga, R. 2010. Maslow's hierarchy of needs and the hospitality industry. *Scannabar*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://en.scannabar.com/blog/bid/43419/Maslow-s-hierarchy-of-human-needs-and-the-hospitality-industry>. Toegang: 11 Junie 2013
- Schlepprock. 2012. *Raging alcoholic: Wishful drinking*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://ragingalcoholic.com/progression-of-alcoholism/jellinek-phases-alcoholism/>. Toegang: 7 Junie 2013.
- Seacliff Recovery Centre. 2012. Alcoholism and marital problems. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://seacliffrecovery.com/blog/alcoholism-and-marital-problems/>. Toegang: 12 Junie 2013.
- Segrin, C. & Flora, J. 2005. *Family communication*. USA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Seixas, J.S & Youcha, G. 1985. *Children of alcoholism. A survivor's manual*. USA: Harper & Row Publishers.
- Seligman, L. 2004. *Diagnosis and treatment planning in counselling*. 3de uitgawe. USA: Springer Science + Business Media, LLC.

Sheafor, B. W., Horejsi, C.R. & Horejsi, G.A. 2000. *Techniques and Guidelines for Social Work Practice*. USA: Allyn and Bacon.

Smith, M., Saisan, J. & Segal, J. 2014. Self-help groups for alcohol addiction. *Helpguide.org*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.helpguide.org/articles/addiction/self-help-groups-for-alcohol-addiction.htm>. Toegang: 13 Oktober 2014.

SoberRecovery.com. 2008. Jellinek's stages of alcoholism. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.soberrecovery.com/forums/friends-family-alcoholics/227833-jellineks-stages-alcoholism.html>. Toegang: 7 Junie 2013.

Speed Coverage. 2012. *How alcoholism can ruin your life: effects of alcoholism*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.speedcoverage.com/how-alcoholism-can-ruin-your-life-effects-of-alcoholism/>. Toegang: 25 Julie 2013.

Republic of South Africa. 2011. Green paper on families. *Government Gazette*, 756(34657), 3 October.

Steenkamp, A.M. 2007. *Mede-afhanklikheid en identiteite- 'n pastorale studie*. Potchefstroom: Fakulteit Teologie. Noordwes-Universiteit.

Steinglass, P., Bennett, L.A., Wolin, S.J. & Reiss, D. 1987. *The alcoholic family*. USA: Basic Books, Inc. Publishers.

Stepping Stones. 2013. *Families*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.steppingstones.co.za/families.asp>. Toegang: 23 September 2014.

Straussner, S.L. & Fewell, G.H. 2009. *Impact of substance abuse on children and families. Research and practice implications*. USA: The Haworth Press, Inc.

Sun, A. 2009. *Helping substance-abusing women of vulnerable populations. Effective treatment principles and strategies*. New York: Columbia University Press.

Swick, K.J. & Williams, R.D. 2006. An analysis of bronfenbrenner's bio-ecological perspective for early children educators: implications for working with families experiencing stress. *Early childhood education journal*, **33**(5), 371- 378.

Tamas, A. 2000. *System theory in community development*. [Aanlyn]. Beskikbaar: http://www.tamas.com/samples/source-docs/System_Theory_in_CD.pdf. Toegang: 14 Augustus 2013.

Telesure. 2010. *Alcohol abuse: South Africa's shame*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.telesure.co.za/alcohol-abuse-south-africas-shame>. Toegang: 22 Maart 2013.

TheGoodDrugsGuide.com. 2013. *Process for addiction rehabilitation*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.thegooddrugsguide.com/drug-and-alcohol-treatment/process-addiction-rehabilitation/index.htm>. Toegang: 13 Maart 2013.

Theron, S.M. 2013. *Maatskaplike werkers se siening oor die seksuele mishandeling van seuns in die middelkinderjare*. Stellenbosch: Departement Maatskaplike Werk, Universiteit Stellenbosch.

Thomas, E.J. & Santa, C.S. 2007. Unilateral family therapy for alcohol abuse: A working conception. *The American journal of family therapy*, **10**(3): 49-58.

Tikkanen, I. 2007. Maslow's hierarchy and food tourism in Finland: five cases. *British Food Journal*, **109**(9): 721-734.

Tracy, N. 2012. What is alcoholism? - Definition of Alcoholism. *Health place: America's mental health channel*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.healthypace.com/addictions/alcoholism/what-is-alcoholism-definition-of-alcoholism/>. Toegang: 7 Junie 2013.

Velleman, R. & Templeton, L. 2007. Understanding and modifying the impact of parents' substance misuse on children. *Advances in Psychiatric Treatment*, (13), 79-89.

Velleman, R., Bennett, G., Miller, T., Orford, J., Rigby, K. & Tod, A. 1993. The families of problem drug users: A study of 50 close relatives. *Addiction*, **88**(9), 1281-1289.

Walliman, N. 2009. *Your research project*. 2de uitgawe. Great Britain: Ashford Colour Press Ltd.

WebMD. 2011. *Substance and dependence - Topic overview*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://www.webmd.com/mental-health/alcohol-abuse/alcohol-abuse-and-dependence-topic-overview>. Toegang: 27 Augustus 2014.

We do Recover. 2011. *Alcoholism problems in South Africa*. [Aanlyn]. Beskikbaar: <http://wedorecover.com/articles/article/alcoholism-problems-in-south-africa.html>. Toegang: 22 Maart 2013.

Western Australian Drug and Alcohol Authority.. 2012. *A brief guide to the assessment and treatment of alcohol dependence*. [Aanlyn]. Beskikbaar: http://www.dao.health.wa.gov.au/DesktopModules/Bring2mind/DMX/Download.aspx?EntryId=713&Command=Core_Download&PortalId=0&TabId=211. Toegang: 24 Julie 2013.

Wise Greek. 2003. *What is a rehabilitation center?* [Aanlyn]. Beskikbaar:
<http://www.wisegreek.com/what-is-a-rehabilitation-center.htm>. Toegang: 7 Februarie 2013.

WiseGeek. 2014. [Aanlyn]. Beskikbaar: www.wisegeek.com/what-is-family-counseling.htm.
Toegang: 15 April 2014.

Wormer, K. & Davis, D.R. 2013. *Addiction treatment. A strengths perspective*. 3de uitgawe.
USA: Brooks/ Cole.

BYLAAG A1: SEMI-GESTRUKTUREERDE ONDERHOUDSKEDULE IN AFRIKAANS

UNIVERSITEIT VAN STELLENBOSCH

DEPARTEMENT MAATSKAPLIKE WERK

SEMI-GESTRUKTUREERDE ONDERHOUDSKEDULE

**Vraelys oor die rol van maatskaplike werkers in rehabilitasie sentrums vir alkohol-afhanklikes
vanuit 'n ekologiese perspektief**

Alle inligting wat deur die vraelys ingewin word, sal as konfidensieel beskou word. Individuele standpunte of deelnemers se name sal nie bekend gemaak word nie.

Deelnemer nommer: _____

Onderhoud voerder: **Leandri Vrolijk**

1. OUDERDOM EN WERKONDERVINDING

1.1 Wat is u ouderdom?

23 jaar tot 29 jaar	30 jaar tot 39 jaar	40 jaar tot 49 jaar	50 jaar tot 59 jaar	60 jaar en ouer
------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	-----------------

1.2 Oor hoeveel jaar ondervinding beskik u as maatskaplike werker?

1.3 Wat is die aard van die instansie?

1.4 Tydperk verbonde aan die huidige instansie?

2. KWALIFIKASIES

2.1 Dui u hoogste kwalifikasie in maatskaplike werk aan.

Maatskaplike werk kwalifikasies wat behaal kan word	Hoogste kwalifikasie van respondent
B.A Maatskaplike Werk (3 jaar)	
B Maatskaplike Werk (4 jaar)	
B.A Maatskaplike Werk (4 jaar)	
B. Diac Maatskaplike Werk (4jaar)	
B.A Maatskaplike Werk Honeurs	
MA Maatskaplike Werk	
D Phil Maatskaplike Werk	

2.2 Ander kwalifikasies wat bekom is wat bykomend of verbandhoudend met maatskaplike werk.

3. DIE AARD VAN ALKOHOL-AFHANKLIKHEID

3.1 Watter van die volgende individuele behoeftes, na u mening, kan daartoe lei dat individue alkohol gebruik. U kan meer as een keuse aandui.

Individuele behoeftes van alkohol-afhanklikes	
Fisiologiese behoeftes	
Behoeftes aan kos	
Behoeftes aan hitte	
Behoeftes aan water	
Veiligheids- of sekuriteitsbehoefte	
Behoeftes aan struktuur	
Behoeftes aan orde	
Behoeftes aan voorspelbaarheid	
Behoeftes aan liefde en om te behoort	
Behoeftes om iewers te behoort	
Behoeftes om 'n verhouding met ander te hê	
Behoeftes aan selfagting	
Behoeftes aan selfrespek	
Behoeftes aan onafhanklikheid	
Behoeftes aan prestasie	

Selfaktualiseringsbehoefte	
Behoefte aan ouerskap	

3.2 Watter twee van die individuele behoeftes is na u mening, die belangrikste redes wat daartoe lei dat 'n individue alkohol gebruik?

3.3 DIAGNOSTIESE KRITERIA VAN ALKOHOL-AFHANKLIKHEID

3.3.1 Watter van die volgende diagnostiese kriteria benut u instansie as riglyn om alkohol-afhanklikheid by individue te diagnoseer?

Diagnostiese kriteria	
DSM-IV TR diagnostiese kriteria	
Jellinek se fases van alkoholisme	
Jellinek se vyf vorms van alkoholiste	
Ander: Spesifiseer	

4. ROL VAN DIE MAATSKAPLIKE WERKER IN INTERVENSIE TYDENS 'N REHABILITASIEPROGRAM VIR ALKOHOL-AFHANKLIKES

4.1 Op watter van die volgende vlakke van die ekologiese perspektief bied die maatskaplike werker intervensie in die rehabilitasieprogram van u instansie?

Vlakke van ekologiese perspektief		
Mikrovlak		
Individuele berading aan die alkohol afhanklike		
Mesovlak		
Gesinsberading	Aan die hele gesin	
	Aan die nie-alkoholiese eggenoot	
	Aan die kind/kinders	
Makrovlak		
Verwysing vir nasorgdienste deur instansie na instansies soos byvoorbeeld AA of ALNON		
Ander: Spesifiseer		

4.2 Verduidelik die aard van berading wat die maatskaplike werker tydens 'n rehabilitasieprogram doen.

4.3 Verduidelik die aard van berading wat plaasvind indien die gesin betrek word by die rehabilitasieprogram.

4.4 Verduidelik die aard van nasorgdienste na wie u as maatskaplike werker na voltooiing van die rehabilitasieprogram kliënte of gesinne verwys.

5. EFFEK VAN ALKOHOL-AFHANKLIKHEID OP GESINSLEDE EN BETROKKENHEID VAN GESINSLEDE IN DIE REHABILITASIEPROGRAM

5.1 Watter aspek/te van die gesinstruktuur, word na u mening, deur alkohol-afhanklikheid beïnvloed?

Aspekte van gesinstruktuur wat deur alkohol-afhanklikheid beïnvloed word.	
Die roetines van die gesin	
Die rolle van die gesinslede	
Die kommunikasie patrone tussen gesinslede	
Die rituele in die gesin	
Die sosiale lewe van die gesin	
Ander: Spesifiseer	

5.2 Wat is u siening oor die betrokkenheid van gesinslede in 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes?

5.3 Wat is na u mening die uitdagings vir maatskaplike werkers by rehabilitasie sentrums om gesinslede by dienslewering te betrek.

BAIE DANKIE VIR U TYD EN SAMEWERING! DIT WORD OPREG WAARDEER.

BYLAAG A2: SEMI-GESTRUKTUREERDE ONDERHOUDSKEDULE IN ENGELS

UNIVERSITY OF STELLENBOSCH

DEPARTMENT SOCIAL WORK

SEMI-STRUCTURED QUESTIONNAIRE

Questionnaire about the role of a social worker in a rehabilitation centre for alcohol dependants: An ecological perspective

All the information recorded in this questionnaire will be regarded as confidential.

Respondent number: _____

Interviewer: Leandri Vrolijk

1. AGE AND WORK EXPERIENCE

1.1 Indicate your age

23 years to 29 years	30 years to 39 years	40 years to 49 years	50 years to 59 years	60 years and older
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	--------------------

1.2 How many years of experience do you have as a social worker?

1.3 What is the nature of your organization?

1.4 How long have you worked for your current organization?

2. QUALIFICATIONS

2.1 Indicate your highest qualification in social work

Social work qualification that can be achieved	Highest qualification of the respondent
B.A Social Work (3 jaar)	
B Social Work (4 jaar)	
B.A Social Work (4 jaar)	

B. Diac Social Work (4jaar)	
B.A Social Work Honors	
MA Social Work	
D Phil Social Work	

2.2 Do you have any additional qualifications to your Social Work qualification?

3. THE NATURE OF ALCOHOL DEPENDENCY

3.1 Which of the following individual needs can lead to alcohol dependency? You may choose more than one option.

Individual needs for alcohol dependants	
Physiological need	
Need for food	
Need for heat	
Need for water	
Safety and security needs	
Need for structure	
Need for order	
Need for predictability	
Love and belonging	
Need to belong somewhere	
Need to have a relationship with other	
Esteem	
Need for self respect	
Need to be independent	
Need for performance	
Self-actualization	
Need for parenting	

3.2 Which two of the above needs do you think are the main reasons which could lead to individuals using alcohol?

3.2.1 DIAGNOSTIC CRITERIA OF ALCOHOL DEPENDENCY

3.2.2 Which diagnostic criteria does your organization use to diagnose alcohol dependency?

Diagnostiese kriteria	
DSM-V TR diagnostic criteria	
Jellinek's phases of alcoholism	
Jellinek's five forms of alcoholism	
Ander: Spesifiseer	

4. ROLE OF THE SOCIAL WORKER IN INTERVENTION DURING A REHABILITATION PROGRAM FOR ALCOHOL DEPENDANTS

4.1 On which of the following levels of the ecological perspective, do the social workers in your organization render services to alcohol dependants?

Levels of the ecological perspective		
Micro level		
Individual therapy to the alcohol dependant		
Meso level		
Family therapy	To the whole family	
	To the non alcoholic partner	
	To the child	
Macro level		
Referral for aftercare services to other organizations for example AA or ALnon		

4.2 Explain the nature of therapy, which you as social worker render during the rehabilitation program

4.3 Explain the nature of therapy during the rehabilitation program if the family is involve.

4.4 Explain the nature of aftercare services to which the social worker refers the clients or families after the rehabilitation program.

5. EFFECT OF ALCOHOL DEPENDENCY ON FAMILIE MEMBERS AND INVOLVEMENT OF FAMILY MEMBERS IN THE REHABILITATION PROGRAM

5.1 Indicate which aspects of familie structure are impacted by alcohol dependency

Aspects of the family structure	
The routines of the family	
The roles of the family	
The communication patterns between family members	
The rituals of the family	
The social life of the family	
Other: Specify	

5.2 What are your views regarding the involvement of the family members during a rehabilitation program for alcohol dependants?

5.3 In your opinion, what are the challenges that social workers need to face if they want to make the family more involve in the rehabilitation program?

THANK YOU SO MUCH FOR PARTICIPATING IN MY RESEARCH!

BYLAAG B1: INWILLIGING OM DEEL TE NEEM AAN NAVORSING IN AFRIKAANS



UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
jou kennisvennoot • your knowledge partner

UNIVERSITEIT STELLENBOSCH INWILLIGING OM DEEL TE NEEM AAN NAVORSING

Maatskaplike werkers in rehabilitasiesentra se siening oor die intervensiemetodes wat gebruik kan word tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes: Ekologiese perspektief.

U word gevra om deel te neem aan 'n navorsingstudie uitgevoer te word deur Leandri Vrolijk [huidiglik besig met 'n meestersgraad in maatskaplike werk] aan die Universiteit Stellenbosch. Die resultate van die betrokke studie sal deel vorm van 'n navorsingstesis.

U is as moontlike deelnemer vir die studie gekies omdat u dienste by 'n rehabilitasiesentrum lewer aan individue wat van alkohol afhanklik is.

1. DOEL VAN DIE STUDIE

Die doel van hierdie studie is om begrip te verkry oor om die siening van maatskaplike werkers oor intervensiemetodes wat gebruik kan word tydens 'n rehabilitasieprogram vir alkohol-afhanklikes: Ekologiese perspektief.

2. PROSEDURES

Indien u inwillig om aan die studie deel te neem, vra ons dat u die volgende moet doen:

U moet terugvoer verskaf oor vrae in die vorm van 'n semi-gestruktureerde onderhoud. 'n Vraelys sal benut word. Die vraelys is konfidensieel en u het nie nodig om u naam of enige besonderhede op die vraelys aan te dui nie. Sommige vrae sal u 'n opsie uit 'n paar blokkies moet kies en vraelys moet voltooi word deur 'n X te maak in die gepaste blokkies waar. Ander vrae sal u moet uitbrei oor u sienings oor die benutting van gesinsberaad tydens rehabilitasie programme vir alkohol-afhanklikes ter voorkoming van terugval.

Die onderhoud sal ongeveer 40 minute duur en vrae sal met 'n bandspeler opgeneem word vir dataverwerking. U deelname aan die navorsingstudie is egter konfidensieel en u persoonlike inligting sal nie met ander persone meegedeel word nie.

3. MOONTLIKE RISIKO'S EN ONGEMAKLIKHEID

Daar is minimale risiko verbonde aan hierdie navorsing. U sal nie in 'n situasie geplaas word waar u bedreig of gekonfronteer word nie. Indien u in hierdie studie ongemaklik voel of indien dit enige negatiewe gevoelens ontlok, word daar van u versoek om dadelik die navorser van u ongemak in te lig. Indien u onsekerheid ervaar met betrekking tot spesifieke woorde of vraagstelling binne die vraelys of enige aspek met betrekking tot wat van u verwag word, moet u die vrymoedigheid toon om die navorser daaroor te vra.

4. MOONTLIKE VOORDELE VIR PROEFPERSONE EN/OF VIR DIE SAMELEWING

Met hierdie studie word gehoop om maatskaplike werkers van 'n riglyn te voorsien wat kan help om toepaslike intervensiemetodes tydens rehabilitasieprogramme vir alkohol-afhanklikes te gebruik.

Indien u belangstel in die navorsingsonderwerp sal die navorser na die afhandeling van die navorsingstudie dit in harde kopie vir u voorsien.

5. VERGOEDING VIR DEELNAME

Geen geldelike vergoeding sal vir enige vorm van deelname aan die navorsingstudie gegee word nie.

6. VERTROULIKHEID

Enige inligting wat deur middel van die navorsing verkry word en wat met u in verband gebring kan word, sal vertroulik bly en slegs met u toestemming bekend gemaak word of soos deur die wet vereis.

Vertroulikheid sal gehandhaaf word deur die deelnemer se identiteit anoniem te hou. Vertroulikheid word verder gehandhaaf deur die feit dat slegs die navorser toegang tot die oorspronklike data sal hê. Data sal veilig gestoor word.

Alle vraelyste sal slegs deur die ondersoeker hanteer, geanaliseer en verwerk word. Data sal veilig bewaar word.

Tydens inligting wat per band opgeneem is, sal daar na die deelnemer as een, twee, drie ensovoorts verwys word en nie u naam of van sal nie bekend gemaak word nie.

Enige inligting wat deur middel van die navorsing verkry word en wat met u in verband gebring kan word, sal vertroulik bly en slegs met u toestemming bekend gemaak word of soos deur die wet vereis.

Resultate van hierdie studie sal wel gepubliseer word, maar deelnemer-anonimiteit word gewaarborg.

7. DEELNAME EN ONTTREKKING

U kan self besluit of u aan die studie wil deelneem of nie. Indien u inwillig om aan die studie deel te neem, kan u te eniger tyd u daaraan onttrek sonder enige nadelige gevolge. U kan ook weier om op bepaalde vrae te antwoord, maar steeds aan die studie deelneem. Die ondersoeker kan u aan die studie onttrek indien omstandighede dit noodsaaklik maak.

8. IDENTIFIKASIE VAN ONDERSOEKERS

Indien u enige vrae of besorgdheid omtrent die navorsing het, staan dit u vry om in verbinding te tree met die navorser, Leandri Vrolijk, deur middel van epos: leandrivrolijk.LV@gmail.com. U kan ook met die studieleier, Doktor Marianne Strydom, in verbinding tree per epos: mstrydom@sun.ac.za of telefonies 021 808 2070.

9. REGTE VAN PROEFPERSONE

U kan te eniger tyd u inwilliging terugtrek en u deelname beëindig, sonder enige nadelige gevolge vir u. Deur deel te neem aan die navorsing doen u geensins afstand van enige wetlike regte, eise of regsmiddel nie. Indien u vrae het oor u regte as proefpersoon by navorsing, skakel met Me Maléne Fouché [mfouche@sun.ac.za; 021 808 4622] van die Afdeling Navorsingsontwikkeling, Universiteit Stellenbosch.

VERKLARING DEUR PROEFPERSOON OF SY/HAAR REGSVERTEENWOORDIGER

Die _____ bostaande _____ inligting _____ is _____ aan my, _____, gegee en verduidelik deur Leandri Vrolijk in Afrikaans. Ek is dié taal magtig of dit is bevredigend vir my vertaal. Ek is die geleentheid gebied om vrae te stel en my/sy/haar vrae is tot my/sy/haar bevrediging beantwoord.

Ek willig hiermee vrywillig in om deel te neem aan die studie. 'n Afskrif van hierdie vorm is aan my gegee. 'n Afskrif van hierdie vorm is aan my gegee.

Naam van proefpersoon/deelnemer

Naam van regsverteenvoordiger (indien van toepassing)

Handtekening van proefpersoon/deelnemer of regsverteenvoordiger

Datum

VERKLARING DEUR ONDERSOEKER

Ek verklaar dat ek die inligting in hierdie dokument vervat, verduidelik het aan _____ . Hy/sy is aangemoedig en oorgenoeg tyd gegee om vrae aan my te stel. Dié gesprek is in Afrikaans gevoer en geen vertaler is gebruik nie.

Handtekening van onderzoeker

Datum

BYLAAG B2: INWILLIGING OM DEEL TE NEEM AAN NAVORSING IN ENGELS



UNIVERSITEIT • STELLENBOSCH • UNIVERSITY
jou kennisvennoot • your knowledge partner

STELLENBOSCH UNIVERSITY

CONSENT TO PARTICIPATE IN RESEARCH

The role of social workers in rehabilitation centres' for alcohol dependents: Ecological perspective.

You are asked to participate in a research study conducted by Leandri Vrolijk [currently busy with a master's degree in social work] from the Social Work Department at Stellenbosch University. The research results will contribute towards a research thesis.

You were selected as a possible participant in this study because you have been identified as having experience in rendering services in rehabilitation centers in the Western Cape to individuals who are dependent on alcohol.

1. PURPOSE OF THE STUDY

The purpose of this study is to gain a better understanding about the views of social workers on intervention methods that can be used in rehabilitation programs for alcohol dependents.

2. PROCEDURES

If you volunteer to participate in this study, we would ask you to do the following things:

Feedback on questions would be provided in the form of a semi-structured interview. A questionnaire will be utilized. The questionnaire is confidential and you do not need to indicate your name or any information on the questionnaire. For some questions you will be given an option to choose from a few blocks and questionnaire must be completed by making an X in the appropriate boxes. Other questions would expect you to elaborate on your views on the use of family counseling in rehabilitation programs for alcohol dependents in order to prevent relapse.

The interview will take approximately 45 minutes and questions will be recorded with a tape recorder for data processing. Your participation in this research study is confidential and your personal information will not be told by someone else.

3. POTENTIAL RISKS AND DISCOMFORTS

There is minimal risk associated with this research. You will not be placed in a situation where you are threatened or confronted. If you feel uncomfortable or if the study drew any negative feelings, you are requested to immediately inform the researcher of your discomfort. If you experience uncertainty regarding specific words, questions in the questionnaire or any aspect regarding what is expected of you, please feel free to ask the researcher about it.

4. POTENTIAL BENEFITS TO SUBJECTS AND/OR TO SOCIETY

With this study the researcher hope to provide social workers of a guide that can help to utilize the correct intervention methods during rehabilitation programs for alcohol dependents.

If you are interested in the results of the research topic, the researcher will supply you with a hard copy.

5. PAYMENT FOR PARTICIPATION

No monetary compensation will be given to any participant's in the research study.

6. CONFIDENTIALITY

Any information that is obtained in connection with this study and that can be identified with you will remain confidential and will be disclosed only with your permission or as required by law.

Confidentiality will be maintained by keeping the participant's identity anonymous. Confidentiality is further sustained by the fact that only the researcher will have access to the original data. Data will be stored securely.

All questionnaires will be handled, analyzed and processed by the investigator.

In any information that are recorded the participant will be addressed as participant one, two, three and so on. Your name will not be mentioned.

Any information obtained through the research and data that can be associated with you will be kept confidential and will be disclosed only with your consent or as required by law.

Results of this study will be published, but participant anonymity is guaranteed.

7. PARTICIPATION AND WITHDRAWAL

You can choose whether to be in this study or not. If you volunteer to be in this study, you may withdraw at any time without consequences of any kind. You may also refuse to answer any questions you don't want to answer and still remain in the study. The investigator may withdraw you from this research if circumstances arise which warrant doing so.

8. IDENTIFICATION OF INVESTIGATORS

If you have any questions or concerns about the research, please feel free to contact, Leandri Vrolijk, by email: leandrivrolijk.LV@gmail.com. You can also contact the supervisor, Doctor Marianne Strydom, by email: mstrydom@sun.ac.za or telephonically at 021 808 2070.

9. RIGHTS OF RESEARCH SUBJECTS

You may withdraw your consent at any time and discontinue participation without penalty. You are not waiving any legal claims, rights or remedies because of your participation in this research study. If you have questions regarding your rights as a research subject, contact Ms Maléne Fouché [mfouche@sun.ac.za; 021 808 4622] at the Division for Research Development.

SIGNATURE OF RESEARCH SUBJECTS OR LEGAL REPRESENTATIVE

The _____ information _____ above _____ was _____ described to _____ by Leandri Vrolijk in English and in I am in command of this language or it was satisfactorily translated. I was given the opportunity to ask questions and these questions were answered to my satisfaction.

I hereby consent voluntarily to participate in this study. I have been given a copy of this form.

Name of Subject/Participant

Name of Legal Representative (if applicable)

Signature of Subject/ Participant or Legal Representative

Date

SIGNATURE OF INVESTIGATOR

I declare that I explained the information given in this document to _____ . The participant was encouraged and given ample time to ask me any questions. The discussions were conducted in English and no translator was used.

Signature of Investigator

Date